Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

VERS DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL

DOCUMENT D'APPUI

20 février 2004

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal - Document d'appui - est une production du service des communications de la Direction de l'information et de la planification de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Rédaction
Louis Côté
Directeur de l'information et de la planification

Collaboration à la rédaction
Mike Benigeri
Michèle Bérubé
Loraine Desjardins
Raymond Fortin
Carole Lécuyer
Micheline Lefebvre
Pierre Masson
Guy Mathieu
Monique Tessier
André Trépanier
et toutes les directions de l'Agence

Édition
Évelyne Joyal
Hélène Perrault
avec la collaboration de
Rita Allaire
Emmanuelle Carrier
Louis Morency

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89510-161-2

Ce document est disponible :

- aux services documentaires de l'Agence
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

106-06176/

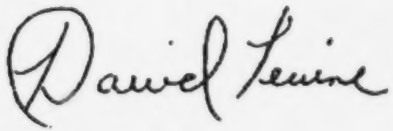
MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'Agence* doit proposer, au plus tard le 30 avril 2004, un nouveau modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Il s'agit là d'un défi majeur, certainement le plus important depuis les trente dernières années.

Le travail qui nous attend est énorme mais nous avons devant nous une occasion extraordinaire de faire avancer notre réseau et d'offrir des services encore plus près de la population. Cette nouvelle organisation offrira une meilleure intégration des services et facilitera l'accès à toutes les gammes de services.

Au cours des prochaines semaines, nous aurons à identifier ensemble le modèle d'organisation convenant le mieux aux particularités de Montréal. Comme toujours, notre plus grande force sera de mettre toutes nos connaissances au service de la santé et du bien-être de la population montréalaise.

Je nous souhaite des consultations riches et fructueuses.



Le président-directeur général
David Levine

* Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL 3

LEXIQUE 7

VOTRE OPINION COMPTE - LES ACTIVITÉS DE CONSULTATION 9

1. SOMMAIRE 13

2. LE MANDAT DE L'AGENCE 17

3. LA DÉMARCHE 18

4. L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX INTÉGRÉS 22

4.1 POURQUOI CETTE RÉFORME ? 22
4.2 LE MODÈLE DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 23
4.3 LES BALISES NATIONALES 26

5. LE POINT DE DÉPART 34

5.1 LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION DE MONTRÉAL 34
5.2 LES CARACTÉRISTIQUES DU RÉSEAU MONTRÉALAIS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 35
5.3 LES RESSOURCES HUMAINES 36
5.4 LES RESSOURCES FINANCIÈRES 37
5.5 LES ENJEUX QUANT À L'INTÉGRATION DES SERVICES 38

6. LA MISE SUR PIED DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES À MONTRÉAL 39

6.1 LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE 39
6.2 LES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 43
6.3 LE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER 44
6.4 LES SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ (0-17 ANS) 47
6.5 LE PROGRAMME EN RÉADAPTATION 50
6.6 LES CRITÈRES RÉGIONAUX D'ÉVALUATION 52
6.7 LES SIX SOUS-RÉGIONS DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 56
6.8 LA FORMATION DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 58
6.9 INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SUR LES SCÉNARIOS PROPOSÉS 66

7. L'INFORMATISATION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES 69

7.1 SERVICES À LA CLIENTÈLE 69
7.2 SERVICES AUX PROFESSIONNELS 70
7.3 SERVICES AUX NOUVEAUX CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 71
7.4 CONTRIBUTION ATTENDUE DES ÉTABLISSEMENTS DES RUIS 72
7.5 FONCTIONS COMMUNES ET SERVICES RÉGIONAUX 72
7.6 INFRASTRUCTURES TECHNOLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES 74
7.7 PLAN D'ACTION COURT TERME 75

8. LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION 76

ANNEXES :

1. INDICATEURS DE SANTÉ SELON LES REGROUPEMENTS DES TERRITOIRES DE CLSC DE MONTRÉAL 79
2. DESCRIPTEURS ET INDICATEURS 81
3. VISION NATIONALE DE L'ARCHITECTURE D'ENSEMBLE 89

LEXIQUE

Clientèles vulnérables : personnes fragilisées atteintes d'une ou plusieurs pathologies, aiguës ou chroniques, souvent débilitantes et évolutives, souvent de façon imprévisible. Il s'agit fréquemment de personnes âgées, mais il peut s'agir également de jeunes personnes. Ces personnes peuvent aussi être atteintes de problèmes cognitifs.
Commission Clair : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
Heures défavorables : Heures de soirée, nuit, fin de semaine et jours fériés.
Ministère : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
Ressources intermédiaires : Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.
Services de première ligne : Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical de la population.
Services de deuxième ligne : Ces services, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.
Services de troisième ligne : Niveau de la médecine ultraspécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).
Zones prioritaires d'intervention : Zones identifiées par la Ville de Montréal et le gouvernement, dans le contrat de ville, qualifiées de zones prioritaires d'intervention, qui justifient un effort spécifique et complémentaire de l'État et de la Ville, que ce soit en matière d'aménagement urbain et de logement, d'équipements publics, de développement social, d'éducation et d'emploi.

ACCESSS : Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
AHQ : Association des hôpitaux du Québec
AMP : Activités médicales particulières
CA : Centre d'accueil
CARRA : Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances
CAU : Centre affilié universitaire
CH : Centre hospitalier
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP : Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CJ : Centre jeunesse
CLSC : Centre local de services communautaires
CMA : Centre médical associé
CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPE : Centre de la petite enfance
CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR : Centre de réadaptation
CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique
CRPAT : Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail
CUSM : Centre universitaire de santé McGill

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse
DRMG : Département régional de médecine générale
DSIE : Demande de services interétablissements
ETC : Équivalent temps complet
FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF : Groupe de médecine de famille
HGJ : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HSC : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
ICM : Institut de cardiologie de Montréal
LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC : Outil d'évaluation multiclientèle
OMS : Organisation mondiale de la santé
PAPA : Personnes âgées en perte d'autonomie
PREM : Plan régional des effectifs médicaux
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
RRSSSMC : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
RI : Ressources intermédiaires
RLS : Réseau local de services
RTF : Ressource de type familial
RTSS : Réseau de télécommunications sociosanitaires
RUIS : Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec
SIPA : Soins intégrés aux personnes âgées
TED : Troubles envahissants du développement
URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

L'AGENCE PROPOSE LA CRÉATION DE 12 RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL.

Une nouvelle façon d'organiser les services de santé et les services sociaux se mettra graduellement en place à Montréal comme partout ailleurs au Québec, au cours des prochains mois et des prochaines années. L'objectif de ces changements est de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux. La clé pour y arriver est l'intégration des services qui passe par la création de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. À Montréal, cela signifie la création de 12 réseaux locaux de services. Ces réseaux locaux seront coordonnés par de nouvelles instances locales que nous proposons de nommer « centres de santé et de services sociaux » et qui naîtront de la fusion des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux locaux œuvrant sur les territoires sociosanitaires proposés.

Le mandat de l'Agence est de recommander, au plus tard le 30 avril prochain, au ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, le projet d'organisation des services répondant le mieux aux besoins de la population montréalaise. Afin d'obtenir l'opinion des citoyennes et des citoyens de Montréal, l'Agence soumet la proposition contenue dans ce document et vous invite à lui faire part de vos commentaires sur les territoires, les réseaux et les centres de santé et de services sociaux proposés.

VOTRE OPINION COMPTE - LES ACTIVITÉS DE CONSULTATION

Ce document de consultation présente les activités prévues pour recueillir l'opinion de la population et des organisations intéressées. Tout avis, communication ou mémoire reçu avant le 9 avril 2004 sera pris en compte par l'Agence au moment de formuler la recommandation. Voici les différentes façons de transmettre vos avis ou commentaires :

- *Par la poste* : David Levine
  Consultation publique
  Agence de développement de réseaux locaux
  de services de santé et de services sociaux de Montréal
  3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9
- *Par télécopieur* : (514) 286-5669
- *Par courriel :* **consultation_publique@ssss.gouv.qc.ca** (RTSS : Veuillez utiliser l'adresse Notes suivante : **06 rr consultation publique@ssss**)
- *Site internet* : **www.santemontreal.qc.ca**
- Lors des assemblées publiques qui se tiendront dans différents quartiers de Montréal au cours des mois de mars et avril 2004.

LES ACTIVITÉS DE CONSULTATION

A l'intention des citoyennes et des citoyens de Montréal

ASSEMBLÉES PUBLIQUES

Des assemblées publiques se tiendront dans différents quartiers de Montréal pour expliquer la nouvelle organisation de services proposée et recueillir leurs commentaires. Des avis publics seront publiés dans les quotidiens ainsi que dans les hebdos locaux afin d'informer la population sur les documents de consultation, les lieux des rencontres ainsi que la procédure. Un rapport de ces rencontres de consultation sera publié sur le site internet de l'Agence.

A l'intention des établissements, des regroupements d'établissements, des regroupements d'organismes communautaires, des associations médicales, des associations syndicales, des groupes et des associations à vocation socioéconomique et de la population

AVIS ÉCRITS

Les personnes et les groupes qui désirent envoyer un avis écrit sans présentation en audience publique sont invités à faire parvenir 15 copies de leur avis avant le 9 avril 2004. Chaque avis écrit doit être accompagné d'un résumé de deux pages. Ces documents devront être également disponibles en format électronique pour être déposés sur le site internet de l'Agence, sous la rubrique « *Réseaux locaux* ».

Envoi des avis : **Service des communications**
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9

Version électronique pour l'envoi des avis : **consultation_publique@ssss.gouv.qc.ca** (RTSS : Veuillez utiliser l'adresse Notes suivante : **06 rr consultation publique@ssss**)

AUDIENCES PUBLIQUES

Les personnes et groupes qui désirent présenter leur avis écrit en audience publique doivent faire parvenir à l'Agence 15 copies de leur document avant le **20 mars 2004**. Les avis écrits doivent être accompagnés d'un résumé de deux pages. Tous les avis écrits doivent être disponibles en format électronique pour être déposés sur le site internet de l'Agence sous la rubrique « *Réseaux locaux* ».

Inscription : Avant le 20 mars en communiquant avec l'Agence, au : (514) 286-6500, poste 5612

Dates et lieu : ***29, 30 et 31 mars 2004, de 9 h à 17 h***
Hôtel Crowne Plaza Métro Centre, 505, rue Sherbrooke Est, salle Riopelle

Durée des présentations : 15 minutes : (10 minutes de présentation et 5 minutes d'échange)

Envoi des avis écrits : **Service des communications**
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9

Version électronique pour l'envoi des avis : **consultation_publique@ssss.gouv.qc.ca** (RTSS : Veuillez utiliser l'adresse Notes suivante : **06 rr consultation publique@ssss**)

A l'intention des représentants des comités d'usagers des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des CLSC, des hôpitaux, des centres de réadaptation et des centres jeunesse

FORUM DE CONSULTATION DES COMITÉS D'USAGERS

Les représentants des comités d'usagers seront consultés sur la proposition de créer 12 réseaux locaux de services. L'impact de cette proposition sur le fonctionnement des comités d'usagers fera l'objet de discussion en atelier.

Procédure : Les présidentes et les présidents des comités d'usagers recevront une lettre précisant les modalités d'inscription.

Date et lieu : *25 mars 2004, de 13 h à 16 h*
Hôtel Holiday Inn Select, 99, avenue Viger Ouest, salle de bal

A l'intention des gestionnaires et professionnels des établissements, des médecins en clinique médicale et des organismes communautaires - sur invitation seulement

FORUMS SECTORIELS

Forum sur les ressources informationnelles

Ce forum vise à identifier et à valider les moyens à privilégier pour répondre aux besoins en ressources informationnelles qui surviendraient avec l'implantation de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Date et lieu : *24 mars 2004, de 8 h 30 à 17 h*
Hôtel Delta Centre-Ville, 777, rue University, salle Régence A

Forum jeunesse

Des intervenants seront invités à échanger sur leurs préoccupations et à faire des recommandations sur l'accès et la continuité des services aux jeunes âgés de 0 à 17 ans et à leur famille.

Date et lieu : *5 avril 2004, de 8 h 30 à 12 h*
Hôtel Hyatt Regency, 1255 rue Jeanne-Mance
(Métro Place-des-Arts)

Forum personnes âgées

Les participants échangeront sur la nature et la mise en place des principales composantes du modèle d'intégration de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Date et lieu : *5 avril 2004, de 9 h à 16 h 30*
Hôtel Hyatt Regency, 1255 rue Jeanne-Mance
(Métro Place-des-Arts)

A l'intention des leaders de la communauté montréalaise

TABLE RONDE DES PARTENAIRES RÉGIONAUX

À l'invitation du président-directeur général de l'Agence, des représentants des principaux partenaires de l'Agence, notamment les milieux municipal, scolaire, communautaire et socioéconomique, se réuniront pour échanger sur les opportunités et les défis que présente la nouvelle organisation des services en réseaux locaux.

Date et lieu : *24 mars 2004, de 13 h 30 à 17 h 30*
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal
3725 rue Saint-Denis, salle 107
(Métro Sherbrooke)

1. SOMMAIRE

LA PROPOSITION DE L'AGENCE : CRÉER 12 RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL

La mise en œuvre des réseaux locaux de services sera assurée par les 12 centres de santé et de services sociaux qui naîtront de la fusion des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des hôpitaux œuvrant sur les territoires dont ils deviendront responsables au plan sociosanitaire dans le cadre de leur nouvelle mission.

Le regroupement des forces des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux locaux œuvrant sur un même territoire permettra au nouveau centre de santé et de services sociaux ainsi créé d'offrir une gamme complète de services de première ligne. Ces services seront rendus accessibles dans le cadre des programmes suivants : santé publique, services généraux et médicaux de première ligne, perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté (0-17 ans), dépendances, santé mentale et santé physique.

L'intégration des ressources professionnelles et des plateaux techniques au sein du nouvel établissement favorisera l'instauration de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi avec les médecins œuvrant dans les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques médicales, de même qu'avec les établissements offrant des soins spécialisés et surspécialisés.

Grâce à la création de ces 12 centres de santé et de services sociaux sur l'île de Montréal, nous pourrons offrir aux citoyens et aux citoyennes des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture. Cette nouvelle organisation permettra en outre, d'assurer une meilleure prise en charge des personnes, notamment des personnes vulnérables, et d'etres mieux outillés pour agir efficacement en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Les nouveaux centres de santé et de services sociaux animeront et coordonneront la mise en œuvre de réseaux locaux de services en tissant des liens de collaboration avec les hôpitaux spécialisés et surspécialisés, les centres de réadaptation, les centres jeunesse, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées.

En plus des 12 centres de santé et de services sociaux, l'Agence propose de doter, dès la première année, chacun des 12 territoires d'au moins un centre médical associé (CMA) qui offrira des services médicaux avec et sans rendez-vous de 8 heures à 22 heures, 7 jours par semaine. Les CMA rendront accessibles aux omnipraticiens du territoire les plateaux techniques appropriés (laboratoire, imagerie) pour des tests urgents. De plus, ils assureront la prise en charge des clientèles vulnérables et la liaison avec les programmes pertinents du centre de santé et de services sociaux.

Les 12 premiers CMA seront désignés parmi les quelques 36 points de services actuels (cliniques médicales, GMF, CLSC) ayant la capacité de rendre les services requis. Ces centres médicaux associés seront liés par contrat avec le centre de santé et de services sociaux de leur territoire.

À moyen terme, il est prévu de développer un centre médical associé par 50 000 personnes, soit environ une trentaine sur l'île de Montréal. En plus des centres médicaux associés, le développement de groupes de médecine de famille qui sont actuellement au nombre de six à Montréal sera soutenu.

Enfin, compte tenu de l'évolution des besoins, le projet propose que chaque centre de santé et de services sociaux ait la capacité de se doter d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en santé physique, soit en intégrant un centre hospitalier de réadaptation (CHR) ou un CHSLD déjà pourvu du plateau technique et des ressources requises, soit en faisant évoluer en ce sens l'une de ces installations. Pour ce qui est des soins de réadaptation en déficience physique, ils demeureraient concentrés dans deux centres hospitaliers de réadaptation, dont l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM) et un autre centre à désigner parmi les actuels centres hospitaliers de réadaptation.

Suite à la préconsultation menée auprès des établissements de santé et de services sociaux, l'Agence propose la mise sur pied de 12 réseaux locaux de services à Montréal.

En plus des 10 territoires proposés sur la carte ci-contre, l'Agence soumet deux hypothèses de regroupement pour le Centre-Ouest de Montréal.

Le territoire le plus populeux se retrouverait dans le Centre-Ouest avec plus de 200 000 habitants, le moins populeux serait La Petite Patrie-Villeray avec 107 000 habitants. Les budgets gérés pour les nouveaux centres de santé et de services sociaux varieraient entre 80 M $ et 241 M $ au point de départ.

L'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux

La présence d'un hôpital au sein du futur centre de santé et de services sociaux est un ingrédient important si l'on veut en réaliser tout le potentiel. En effet, son inclusion permettra plus facilement au centre de santé et de services sociaux de devenir le pivot autour duquel se regrouperont les médecins omnipraticiens du territoire. La présence, au sein du centre de santé et de services sociaux, d'un plateau technique (laboratoire, imagerie, radiologie) et des spécialités médicales de base, lui permettra de collaborer directement avec les centres médicaux associés, les cliniques et cabinets. Une telle organisation permettra en outre de mieux répondre à deux attentes majeures des médecins généralistes :

- l'accès, en temps opportun, aux plateaux techniques diagnostiques pour les cas urgents;
- l'accès à des consultations auprès des médecins spécialistes.

Toutefois, la loi prévoit qu'un centre de santé et de services sociaux pourrait ne pas inclure un centre hospitalier s'il n'y en a pas sur son territoire ou en raison de la complexité de l'intégrer eu égard, notamment, à l'étendue du territoire desservi par le centre hospitalier, à l'importance de ses installations ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie. De ce fait, la situation de chaque hôpital doit être évaluée à son mérite, cas par cas, en fonction de ces balises nationales.

Dans le cas où il n'y a pas d'hôpital inclus dans le centre de santé et de services sociaux, l'accès aux ressources requises pour qu'il puisse accomplir pleinement sa mission devra être assuré par un centre hospitalier désigné avec lequel il aura un contrat de première instance[1].

Sept des douze centres de santé et de services sociaux proposés incluraient un hôpital local :

Pierrefonds, Lac Saint-Louis : Hôpital général du Lakeshore
LaSalle, Lachine : Centres hospitaliers de LaSalle et de Lachine
Verdun - Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles : Centre hospitalier de Verdun
Ahuntsic, Montréal-Nord : Centre hospitalier Fleury
La Petite Patrie, Villeray : Hôpital Jean-Talon
Saint-Michel, Saint-Léonard : Hôpital Santa Cabrini
Côte-des-Neiges, Parc Extension avec CLSC René-Cassin ou Métro : Centre hospitalier de St. Mary

Les cinq autres centres de santé et de services sociaux auraient un contrat de première instance avec un hôpital spécialisé ou surspécialisé :

Nord de l'Île, Saint-Laurent : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc : CHUM
Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont : Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Rivière-des-Prairies, Mercier-Est-/Anjou, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est : Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Métro, Notre-Dame de Grâce/Montréal-Ouest : CUSM (hypothèse 2)
Métro, Notre-Dame de Grâce/Montréal-Ouest : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (hypothèse 1)

Les regroupements des CLSC et des CHSLD proposent les mêmes douze territoires pour l'organisation des réseaux locaux de services. Selon cette vision, chaque réseau comprendrait différents partenaires dont l'instance locale issue de la fusion des CLSC et des CHSLD du territoire, les cliniques privées, les centres hospitaliers, les organismes communautaires et les résidences privées situées sur le territoire desservi par le réseau.

Cependant, ils recommandent qu'aucun hôpital ne soit intégré dans un centre de santé et de services sociaux. Ils concluent qu'à Montréal, en raison de l'entrecroisement des bassins de desserte et des habitudes de la population, il serait trop complexe de le faire, peu importe le territoire.

Ils proposent, en lieu et place, la signature d'ententes entre les douze centres de santé et de services sociaux et tous les hôpitaux pour assurer la continuité des soins et des ententes plus spécifiques avec les principaux centres hospitaliers qui desservent le plus la population de chacun des territoires.

---

[1] Contrat de première instance : contrat entre une instance locale et un CHSGS, qui contribuera à lui rendre accessibles les ressources nécessaires pour être à même de remplir pleinement sa mission de centre de santé et de services sociaux

La consultation publique qui s'amorce devrait fournir à l'Agence un éclairage supplémentaire sur ce projet afin de formuler la meilleure proposition d'organisation de services à Montréal.

Le modèle proposé par l'Agence assure :

- le maintien de la liberté de choix de la population quant au médecin;
- la possibilité pour un centre de santé et de services sociaux de maintenir les affiliations et les désignations universitaires des établissements qu'il regroupe ;
- la possibilité pour un centre de santé et de services sociaux d'assumer des mandats régionaux et suprarégionaux en plus de sa mission locale;
- le maintien des garanties d'accès aux services en langue anglaise et des reconnaissances octroyées en vertu de la Charte de la langue française;
- le maintien, conformément aux balises nationales, du financement régional des organismes communautaires et le respect des orientations arrêtées dans le plan stratégique 2003-2006 « La santé en actions ».
- l'amélioration de la concertation intersectorielle avec la Ville de Montréal et les commissions scolaires, notamment à travers le travail conjoint dans les zones prioritaires d'intervention concertée convenues suite au contrat de ville.

La proposition de l'Agence inclut un plan d'action concret à court et à long terme pour informatiser adéquatement les réseaux locaux de façon à assurer la disponibilité et la transmission en temps opportun des informations requises par les professionnels ayant à collaborer pour répondre adéquatement aux besoins des personnes qu'ils suivront. Le projet prévoit aussi le développement des outils appropriés pour évaluer les résultats obtenus quant à l'accès aux services, à leur qualité, à leur coût et à leur impact sur la santé et le bien-être de la population.

Enfin, la proposition soumise à la consultation insiste sur l'importance capitale de se doter d'une stratégie d'implantation qui assure la mobilisation des personnes sur qui repose le succès de ce projet : les médecins, les professionnels, les employés, les cadres, les directeurs généraux, les administrateurs. La stratégie d'implantation doit permettre de réunir les conditions nécessaires à la réalisation du projet et au soutien de ceux qui donnent des soins de santé et des services sociaux à la population.

2. LE MANDAT DE L'AGENCE

Le 18 décembre 2003, le gouvernement du Québec sanctionnait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21).

Le 30 janvier 2004, l'Agence de Montréal est officiellement créée et les membres du conseil d'administration sont nommés.

Depuis, l'Agence exerce tous les pouvoirs, fonctions et devoirs exercés la Régie régionale de Montréal-Centre.

Selon les vœux du ministre monsieur Philippe Couillard, l'Agence a aussi le mandat d'implanter, sur son territoire, une nouvelle organisation de services fondée sur le concept de réseaux intégrés.

Pour ce faire, tout d'abord, l'Agence doit proposer, d'ici le 30 avril 2004, un modèle d'organisation constitué de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont le nombre et les composantes sont à déterminer selon des balises nationales et des critères régionaux.

Ces réseaux prendront appui et seront coordonnés par un nouvel établissement public qui naîtra de la fusion des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux œuvrant sur le territoire dont il deviendra responsable au plan sociosanitaire, dans le cadre de sa nouvelle mission.

Le projet proposé par l'Agence le 30 avril prochain sera analysé par le Ministère, puis soumis au gouvernement pour approbation en juin 2004. Un décret sera alors promulgué, créant les réseaux locaux et désignant les membres des conseils d'administration.

Cette première étape conduisant à la mise sur pied de réseaux locaux de services sera complétée à l'automne 2004 par la définition du projet clinique régional qui sera élaboré par les instances et les partenaires des nouveaux établissements locaux et les autres acteurs de chacun des réseaux locaux de services.

Le conseil d'administration

M. Alban ASSELIN

Dr Louis BOUCHARD

Mme Clémence BRUNETTE-MALLETTE

Mme Christine A. CARRON

M. Jacques DESMARAIS

Dr Victor C. GOLDBLOOM

M. Michel GRAVEL

M. Jean-Vianney JUTRAS

Mme Élisabeth KHABAR-DEMBIL

M. Yvon LAMARRE

Mme Ann LANGLEY

M. Pierre Thomas LÉGER

Mme Josée PRUD'HOMME

Mme Nicole ROUILLIER

Mme Renée VOISARD

ainsi que M. David LEVINE, président-directeur général

3. LA DÉMARCHE

Afin de permettre une large consultation publique auprès du réseau de la santé et de services sociaux, de la population et des acteurs de la région qui sont concernés par les objectifs poursuivis en créant des réseaux locaux de services, l'Agence a adopté une démarche ouverte, transparente et participative.
Les préoccupations de l'Agence dans l'accomplissement de ce mandat sont :

- de proposer un modèle qui présentera des gains tangibles pour la population;
- d'assurer la contribution des acteurs à toutes les étapes de la démarche;
- d'associer les médecins à la démarche et de prévoir leur intégration dans le modèle proposé;
- d'assumer pleinement son mandat et son leadership dans un esprit d'ouverture et de partenariat;
- de définir et de réunir les condition nécessaires à l'implantation du modèle proposé.

Le plan de travail adopté à cette fin comporte quatre étapes dont les deux premières sont maintenant terminées :

Étape 1 *Définition du processus de consultation* 10 novembre au 18 décembre 2003

Objectif : Dégager, au sein du réseau, un consensus sur la démarche d'élaboration de la recommandation de l'Agence
Résultats :
- Adoption d'un plan de travail[2]
- Création de deux comités consultatifs reliés au président-directeur général
  - **Comité sur la formation des instances locales**
    - Composition : 3 représentants du Regroupement des CLSC
      3 représentants du Regroupement des CHSLD
      3 représentants de la Conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec
      3 représentants du Département régional de médecine générale (DRMG)

Mandat :

- Faire des recommandations sur le processus d'élaboration de la proposition d'un modèle montréalais d'organisation des services intégrés;
- Faire des recommandations sur les critères et les scénarios de création des instances locales;
- Faire des recommandations visant à prendre en compte les préoccupations particulières des établissements impliqués dans la création des instances locales;
- Recommander une stratégie d'implantation et d'accompagnement au changement par la mise sur pied des instances locales;
- Faire des recommandations sur la nature des ententes à faire avec les médecins et entre les établissements pour assurer la bonne marche des réseaux locaux.

---

[2] *Vers un nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux à Montréal*, Agence régionale, 2004.

- **Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés**
  - Composition : Représentants des organisations régionales du secteur de la santé et des services sociaux

Regroupement des CLSC
Regroupement des CHSLD
Conférence régionale de l'AHQ de Montréal
Centres hospitaliers de réadaptation
Centres de réadaptation en déficience intellectuelle
Centres de réadaptation en déficience physique
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
Centres jeunesse

RUIS de l'Université McGill
RUIS de l'Université de Montréal
Établissements privés
Département régional de médecine générale
Commission médicale régionale
Commission multidisciplinaire régionale
Commission infirmière régionale
ACCÉSSS
Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Mandat :

- Faire des recommandations sur la table des matières des différents livrables à produire : document de consultation, balises régionales, proposition du modèle montréalais d'organisation des services intégrés;
- Analyser les recommandations reçues des comités, des groupes de travail et des groupes consultés et faire des recommandations sur la proposition d'un modèle montréalais d'organisation des services intégrés, qui sera transmise au comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration;
- Identifier les impacts possibles du modèle proposé sur les programmes et les ressources et faire des recommandations appropriées;
- Contribuer à l'arrimage des travaux avec les milieux d'appartenance des membres (les membres pourront se faire accompagner d'une personne qui pourra assister aux rencontres comme observateur).

Étape 2 : *Préconsultation* 6 janvier au 27 février 2004

Objectifs :
- Élaborer des critères d'évaluation des scénarios de regroupement pour la formation des instances et des réseaux locaux;
- Élaborer des scénarios de création des réseaux locaux pour fins de consultation publique;
- Élaborer un document de consultation publique;
- Mobiliser les acteurs régionaux à participer à la consultation publique.

Rencontres effectuées :

Comités consultatifs

- Comité sur la formation des instances locales	14 janvier 2004	2 février 2004	16 février 2004
- Comité sur le modèle régional de services intégrés	28 janvier 2004	16 février 2004	
Rencontre des présidents et directeurs généraux des établissements		21 janvier 2004	
Rencontre des représentants du milieu médical montréalais		21 janvier 2004	

Rencontre du Forum de la population		26 janvier 2004
Tournée des sous-régions : présidents et directeurs généraux des établissements		2 au 9 février 2004
Déjeuners-causeries en sous-régions avec les médecins		8 au 18 février 2004
Rencontre d'information avec le comité de direction de la Ville de Montréal		3 février 2004
Rencontre d'information avec les commissions scolaires		18 février 2004
Rencontre d'information avec les regroupements régionaux d'organismes communautaires		13 février 2004
Rencontre d'information avec les représentants régionaux des syndicats		9 février 2004
Rencontre avec les RUIS	*Université McGill*	16 février 2004
	Université de Montréal	18 février 2004
Rencontre avec les élus locaux		20 au 23 février 2004

Résultats :
- Adoption des critères régionaux pour l'évaluation des scénarios proposés de formation des centres de santé et de services sociaux[3];
- Élaboration des scénarios préliminaires et préconsultation des établissements sur les scénarios préliminaires[4];
- Identification des scénarios proposés aux fins de consultation publique;
- Production du document et des outils de consultation.

Étape 3 *Consultations publiques* 27 février au 9 avril 2004

Objectifs :
- Déterminer le scénario optimal pour la mise sur pied de réseaux locaux de services à Montréal;
- Bonifier le projet soumis à la consultation.

Moyens :
Les différentes façons de participer à la consultation ont été présentées en détail au début de ce document dans la section *« Votre opinion nous intéresse »* et sur notre site Internet (**www.santemontreal.qc.ca**) :

Audiences publiques régionales
Assemblées publiques dans les différentes parties de l'île de Montréal

[3] Le développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Balises nationales et critères régionaux, 17 février 2004
[4] Comptes rendus de la tournée sous-régionale avec les établissements, 13 février 2004

Avis écrits

Forums thématiques sur invitation : informatisation des réseaux locaux, programme relatif à la perte d'autonomie liée au vieillissement, programme visant les jeunes en difficulté (0-17 ans)

- *Forum des comités d'usagers*
- *Table ronde des partenaires régionaux*

Étape 4 *Adoption de la recommandation* 9 au 30 avril 2004

Objectifs :
- Réviser la proposition initiale à la lumière des résultats de la consultation publique;
- Formuler et adopter la version finale de la recommandation qui sera faite au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Moyens :
- Rencontre des comités consultatifs;
- Réunions du comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de l'Agence;
- Réunion du conseil d'administration de l'Agence.

4. L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX INTÉGRÉS

4.1 Pourquoi cette réforme ?

L'accès à des services continus et de qualité, est l'attente principale de la population en regard du système de santé et de services sociaux. Nous devons assurer aux citoyens une réponse appropriée à leur situation tant dans la perspective de les aider à améliorer leur santé et leur bien-être que dans celle de leur offrir le traitement et le soutien requis dans leur milieu de vie. De plus, une meilleure coordination et une meilleure intégration des services sont des améliorations recherchées par l'ensemble de la population. C'est le diagnostic que faisait la commission Clair pour ensuite recommander la mise sur pied de réseaux de services intégrés, prenant appui sur un réseau de services de première ligne.

La continuité des services
« En fait de continuité des services, le citoyen a l'impression qu'on se relance la balle, et que la balle, c'est lui. Autant il est généralement très satisfait des soins et services individuels reçus, autant il déplore de faire les frais de la fragmentation et de la confusion du système de santé. Il ne comprend pas qu'il doive faire lui-même le lien entre les divers professionnels qui s'occupent de son cas. Il accepte mal qu'on lui donne des rendez-vous étalés sur quatre jours pour quatre examens diagnostiques lors d'un même épisode de soins. Il est fatigué de devoir raconter la même histoire à différents professionnels et aussi d'apporter chaque fois ses médicaments parce que l'information ne circule pas entre eux. Il est angoissé parce qu'il craint que cette fragmentation nuise à sa guérison ou à sa réadaptation[5]. »

Si cela est vrai pour l'ensemble de la population, pour les personnes aux prises avec des problèmes complexes (problèmes de santé, sociaux et fonctionnels) et pour les personnes atteintes d'une maladie chronique évolutive, les données probantes démontrent particulièrement que des réseaux de services intégrés produisent les effets visés :

- de meilleurs résultats de santé et de bien-être pour les personnes rejointes;
- des soins plus satisfaisants parce que continus et complets;
- l'obtention de services au bon endroit et au bon moment concourant ainsi à diminuer les hospitalisations évitables et les séjours à l'urgence.

L'évaluation du projet SIPA (Services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie) a démontré qu'une prise en charge plus intégrée permet de diminuer le recours à l'hébergement, de réduire la durée de séjour à l'urgence et d'assurer une plus grande satisfaction des patients. Une étude en santé respiratoire menée au Québec par le Dr Jean Bourbeau a démontré qu'un programme structuré d'intervention auprès des malades pulmonaires chroniques a entraîné une diminution de 40 % des visites à l'urgence et des hospitalisations et de 60 % des visites imprévues chez le médecin.

[5] Les solutions émergentes - Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000.

Le projet d'intégration des services veut d'abord corriger les lacunes du système de santé et de services sociaux quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts aux personnes. Il vise à apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes en éliminant, au plan local, les frontières entre établissements qui divisent en silo les ressources et les professionnels.

Le regroupement des forces des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux locaux œuvrant sur un même territoire permettra au nouveau centre de santé et de services sociaux ainsi créé d'assumer pleinement ses responsabilités de l'état de santé et de bien-être de sa population en disposant des outils nécessaires et sans se heurter à des barrières institutionnelles. Ainsi, l'intégration des ressources professionnelles et des plateaux techniques de première ligne au sein du nouvel établissement favorisera l'implantation de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi avec les médecins œuvrant dans des groupes de médecine familiale et dans les cliniques médicales, de même qu'avec les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés.

Les objectifs visés par l'intégration des services

- offrir aux citoyens et aux citoyennes des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture;
- assurer une meilleure prise en charge des personnes;
- agir efficacement pour améliorer la santé et le bien-être de la population;
- rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent;
- consolider le partenariat entre les nombreux acteurs concernés par la distribution des services de première, de deuxième et de troisième lignes;
- donner aux gestionnaires des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme;
- impliquer et mobiliser les cliniciens à l'organisation et à la gestion des services;
- encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

4.2 Le modèle des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Le modèle des réseaux locaux de services repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés).

Deux principes de base :

- *La responsabilité populationnelle*
  - *état de santé et de bien-être*
  - *accès aux services de santé et aux services sociaux*

En vertu de ce premier principe, les différents intervenants dispensant des services à la population d'un territoire donné partageront une responsabilité collective envers cette population. Ils rendront ainsi accessible un ensemble de services le plus complet possible (y compris les services de santé publique qui visent à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé) et assureront la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. La priorité sera accordée aux clientèles dites vulnérables.

Les clientèles prioritaires

Différents groupes de la population peuvent s'avérer **vulnérables** à divers problèmes psychosociaux et de santé : les groupes socioéconomiquement défavorisés et certaines communautés culturelles, dont les communautés autochtones, cumulent des facteurs de risque à un ensemble de problèmes, exigeant ainsi une action en amont.

D'autres clientèles **particulières** nécessitent une action coordonnée de différents producteurs de services pour leur assurer l'accès aux services et une prise en charge en fonction de leurs besoins :

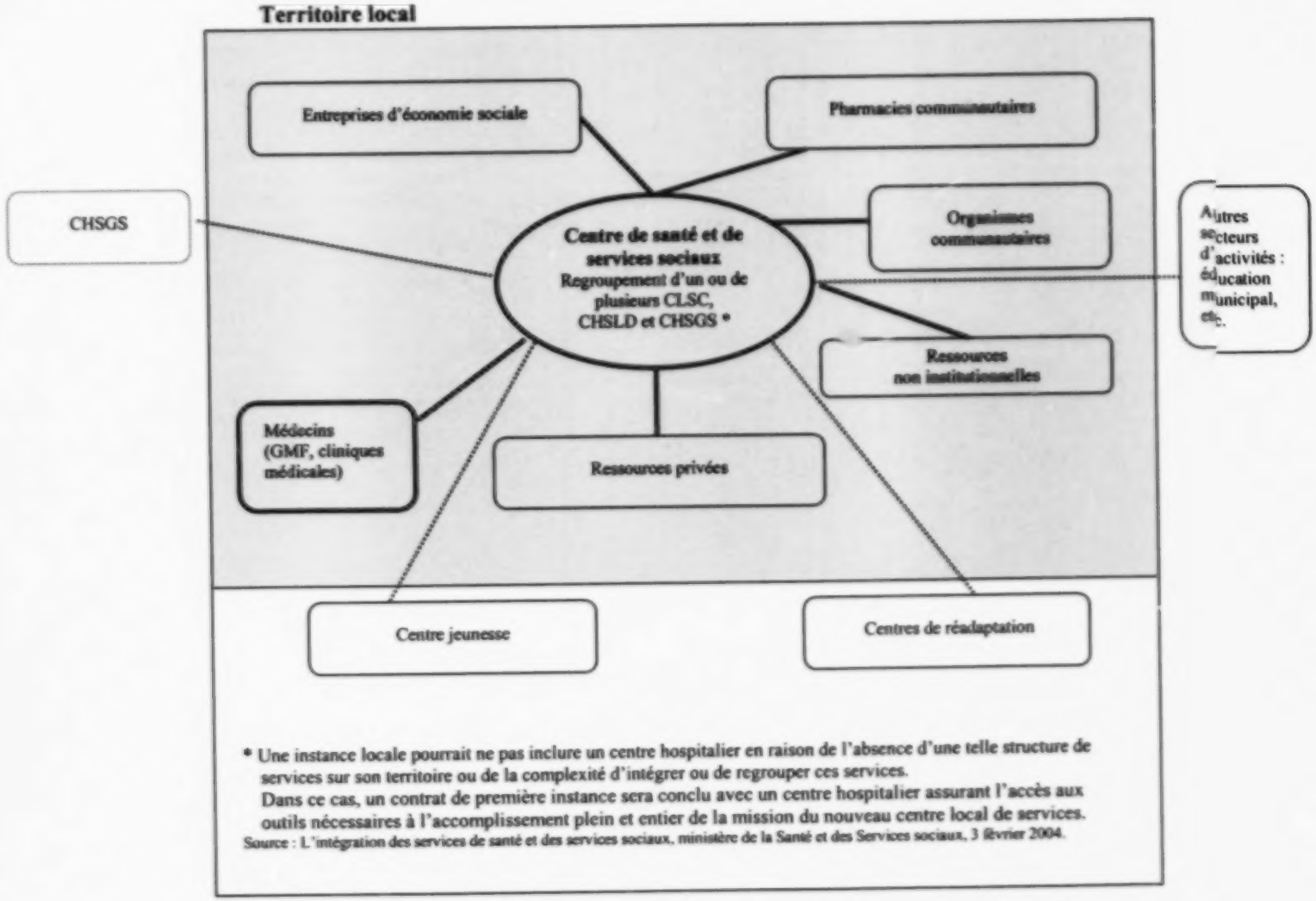
- les personnes âgées en perte d'autonomie;
- les personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- les personnes atteintes de maladies chroniques;
- les jeunes en difficulté;
- les personnes nécessitant des soins palliatifs.

- *La hiérarchisation des services*
  Le second principe garantira une meilleure complémentarité des services et facilitera le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième lignes, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes seront bidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils prévoiront autant le recours aux services de deuxième et de troisième lignes que la planification des services de première ligne qui seront offerts à l'usager lors de son retour dans son milieu de vie.

Le modèle des réseaux locaux de services nécessite :

- la définition d'un territoire local;
- la constitution d'un établissement local par le regroupement d'un ou de plusieurs CLSC, CHSLD et hôpitaux locaux œuvrant sur le territoire;
- l'établissement de relations contractuelles avec les établissements privés conventionnés;
- l'établissement de liens fonctionnels avec les médecins omnipraticiens œuvrant en groupes de médecine de famille et en cliniques médicales;
- le développement et la coordination des ressources non-institutionnelles;
- des liens fonctionnels avec les pharmaciens communautaires;
- des partenariats avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les résidences privées;
- des corridors de services avec les établissements spécialisés et surspécialisés;
- des modalités de participation de la population.

Les acteurs dans le réseau local de services



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper ces services.
Dans ce cas, un contrat de première instance sera conclu avec un centre hospitalier assurant l'accès aux outils nécessaires à l'accomplissement plein et entier de la mission du nouveau centre local de services.

Source : L'intégration des services de santé et des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 février 2004.

4.3 Les balises nationales

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a défini de façon explicite les balises à respecter dans la conccption des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux[6].

4.3.1 Le panier de services

- Présence, au point de départ, d'une marge de manœuvre permettant d'optimiser le changement et l'innovation dans l'organisation des services :
  - masse critique de professionnels
  - ressources financières suffisantes
  - volume d'activités compatible avec des services de qualité et des coûts acceptables

- Offre d'une gamme complète de services de première ligne
  - santé publique
  - services généraux à l'ensemble de la population
    - information et orientation
    - soutien diagnostique
    - services infirmiers
    - Info-Santé CLSC
    - intervention psychologique
    - services psychosociaux pour les jeunes et les adultes
    - périnatalité
    - services en milieu scolaire
    - services dans les centres de la petite enfance
    - soutien à domicile aux personnes ayant une incapacité temporaire
    - mesures d'urgence et de sinistre

  - services spécifiques à moyen et long terme aux clientèles vulnérables
    - soutien à domicile
    - services psychosociaux
    - services de réadaptation
    - services palliatifs

[6] L'intégration des services de santé et des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 février 2004. Annexe

- services d'hébergement et soins de longue durée

- services hospitaliers et généraux de base
  - urgence
  - hospitalisation et services ambulatoires
  - spécialités médicales locales
    - chirurgicales
      - anesthésiologie
      - chirurgie générale
      - orthopédie
      - obstétrique/gynécologie
    - médicales
      - médecine interne
      - pédiatrie
      - psychiatrie
      - anatomopathologie
  - plateaux techniques et diagnostiques de base
    - imagerie
    - radiologie
    - laboratoire

- des services de première ligne sur le territoire local, offerts par le médecin généraliste
  - des services de consultation médicale avec ou sans rendez-vous
  - des services médicaux offerts dans les urgences et auprès des clientèles particulières
  - du soutien au diagnostic médical et à la référence
  - des services de planification des naissances

4.3.2 Le territoire local

Le réseau de la santé et des services sociaux doit offrir le plus de services possible à proximité des personnes. Le découpage territorial proposé par les agences doit être le plus naturel possible. Il doit tenter de tenir compte des dynamiques locales et des habitudes de consommation des services de santé et des services sociaux par la population.

Lorsque cela est réalisable, les territoires proposés doivent s'harmoniser dans la mesure du possible avec les autres découpages administratifs (scolaires, municipaux, etc.). Cela est important car le territoire de référence est un lieu d'échanges intersectoriels visant à contribuer au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Enfin, les territoires proposés doivent favoriser la disponibilité, la répartition et la rétention des ressources humaines.

4.3.3 L'instance locale : le centre de santé et de services sociaux

Les balises nationales précisent clairement que les établissements exerçant une mission de CLSC, de CHSLD et de CHSGS présents sur le territoire local doivent se regrouper, par fusion, en vue de constituer une instance locale. Ce nouvel établissement public, que nous appelons pour le moment « centre de santé et de services sociaux », sera dûment mandaté pour exercer une responsabilité face à l'état de santé et de bien-être de la population de son territoire et en être imputable.

Il sera doté d'un conseil d'administration de 15 membres qui seront nommés provisoirement par le gouvernement. Parmi eux se retrouvera une personne issue de chacun des conseils antérieurs des établissements fusionnés. Comme il s'agit d'une fusion, le nouvel établissement sera dirigé par un directeur général et aura un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens unique responsable de l'ensemble des services dans tous les points de services et les programmes.

Toutefois, la loi prévoit qu'une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper ces services eu égard, notamment, à l'étendue du territoire desservi par le centre hospitalier, à l'importance de ces installations (quantité des ressources humaines, matérielles et financières, étendue des services spécialisés et surspécialisés offerts, technologie de pointe) ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie. Dans le cas où il n'y aura pas d'hôpital inclus dans le centre de santé et de services sociaux, l'accès aux ressources requises pour qu'il puisse accomplir pleinement sa mission devra lui être assuré par un centre hospitalier désigné avec lequel il aura un contrat de première instance.

L'inclusion de l'hôpital local dans le centre de santé et de services sociaux

La présence de l'hôpital local au sein du futur centre de santé et de services sociaux est un ingrédient important si l'on veut en tirer le plein potentiel.

En effet, son inclusion permettra au centre de santé et de services sociaux local de devenir plus facilement un pivot autour duquel se regrouperont les médecins omnipraticiens du territoire. La présence, au sein du centre de santé et de services sociaux, d'un plateau technique de base (imagerie, radiologie, laboratoire) et des spécialités médicales de base, lui permettra de collaborer directement avec les cabinets et facilitera la réponse à deux attentes majeures des médecins généralistes :

- l'accès, en temps opportun, aux plateaux techniques diagnostiques;
- l'accès à des consultations auprès des médecins spécialistes.

De plus, la présence de ressources hospitalières locales au sein du regroupement devrait faciliter l'établissement de corridors de services bidirectionnels avec les centres hospitaliers plus spécialisés. Enfin, l'intégration au sein du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens unifié des médecins œuvrant aujourd'hui en CLSC, CHSLD et en hôpital devrait faciliter la couverture

médicale des différents points de services et des différents programmes en s'appuyant sur une masse critique plus importante au plan des effectifs médicaux.

Le modèle proposé par le Ministère dans ses balises nationales s'inscrit en droite ligne dans la stratégie d'intégration de la prestation des soins de santé prônée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis le milieu des années 1980.

Le système de santé de district
En 1986, le Comité pour le Programme mondial de l'OMS a donné la définition suivante du système de santé de district [7]:

« Un système de santé de district fondé sur les soins de santé primaires est une unité plus ou moins autonome du système de santé national. Il dessert en premier lieu une population bien définie vivant dans une zone administrative et géographique précise, qu'elle soit urbaine ou rurale. Il englobe tous les établissements et individus qui procurent des soins de santé dans cette zone, que ce soit à l'échelon du gouvernement, de la sécurité sociale ou des institutions non gouvernementales, dans le secteur privé ou le secteur traditionnel. Il consiste, par conséquent, en une large gamme d'éléments interdépendants qui contribuent à la santé au foyer, dans les écoles, sur les lieux de travail et au sein des collectivités, par l'intermédiaire du secteur sanitaire comme des secteurs connexes. Il incorpore les « autosoins » ainsi que tous les personnels et établissements de soins de santé, jusque et y compris l'hôpital de premier recours et les services d'appui appropriés (laboratoire, équipements de diagnostic, logistique, etc.). Les éléments qui le composent doivent être convenablement coordonnés par un responsable de coordination qui veillera à ce que la gamme d'activités de santé – promotion, prévention, soins, rééducation – soit aussi large que possible.

Le terme de district est pris au sens large pour désigner une circonscription administrative bien définie qui compte généralement de 50 000 à 500 000 habitants et où il existe une administration locale, émanation directe du pouvoir central ou autre, qui assume de nombreuses responsabilités qu'un hôpital général servant d'établissement de premier recours. L'organisation effective d'un système de santé de district dépend naturellement de la situation particulière du pays ou du district, notamment les principes généraux présidant à la mise en place d'un tel système sont fondés sur la Déclaration d'Alma-Ata et sur la stratégie mondiale de la santé pour tous, à savoir :

- *équité*
- *accessibilité*
- *importance accordée à la promotion sanitaire et à la prévention de la maladie*
- *action intersectorielle*
- *engagement communautaire*
- *décentralisation*
- *intégration des programmes de santé*
- *coordination des différentes activités sanitaires. »*

Bien que convaincue de la nécessité d'inclure l'hôpital local dans les centres de santé primaires, l'OMS indique que, pour garantir l'intégration des services, il faut que l'hôpital de district relève de l'autorité locale.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme l'OMS, est conscient qu'en tant qu'entité organisationnelle, l'hôpital pourrait nuire à l'organisation, à la gestion et à la prestation des services de santé de première ligne. C'est pourquoi les balises nationales prévoient que chaque cas soit évalué de façon à statuer sur la complexité d'intégrer l'hôpital considéré au sein du centre de santé et de services sociaux. Conformément aux instructions du sous-ministre, la justification du fait de ne pas

[7] Intégration de la prestation des soins de santé, Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS, Genève, 1996.

regrouper un hôpital au sein de l'instance locale doit être faite en démontrant les difficultés qu'il présente pour l'intégration des services ou, notamment, en raison de facteurs identifiés dans la loi.

Cependant, la contribution attendue de l'hôpital local dans la réalisation de la mission des futurs centres de santé et de services sociaux est tellement importante, qu'à défaut de pouvoir en intégrer un, une entente de services doit être conclue avec un hôpital de façon à garantir à ces centres l'accès aux ressources et aux compétences requises.

- Le maintien des garanties d'accès aux services en langue anglaise et des reconnaissances octroyées en vertu de la Charte de la langue française.

Le fait que des établissements soient désignés pour dispenser des services en langue anglaise, dans un programme élaboré en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ne compromet pas une fusion de ces établissements. Le nouvel établissement ainsi formé continue d'offrir ces services, comme il a été défini dans le programme.

De même, lorsqu'une instance locale intègre les services d'un établissement reconnu, conformément à la Charte de la langue française, comme fournissant des services dans une langue autre que le français, elle doit continuer d'offrir ces services dans les installations dont elle est devenue responsable.

4.3.4 L'organisation des services

Chaque réseau local comportera des modalités formelles d'organisation de services. Ainsi, des mécanismes d'accès connus et des ententes convenues seront instaurés pour assurer la prise en charge des personnes et la mise sur pied de corridors de services fonctionnels entre les organisations et entre les professionnels.

Les balises nationales en matière d'organisation des services[8]

- L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets d'accès, soit l'instance locale et le cabinet de médecins;
- Un lien privilégié par l'inscription des personnes (en priorité les clientèles particulières), par les GMF ou par les médecins des cliniques privées;
- La personne a le libre choix de son médecin;
- La poursuite de l'implantation des GMF;
- La mise à contribution du Département régional de médecine générale (DRMG) dans l'organisation des services médicaux;
- L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services entre les acteurs des réseaux locaux et avec les établissements spécialisés et surspécialisés;

[8] L'intégration des services de santé et des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 février 2004.
Annexe

- La standardisation de la pratique professionnelle par l'instauration de protocoles cliniques, selon les meilleures pratiques, visant à simplifier les trajectoires de services;
- L'implication des différents groupes professionnels dans l'organisation des services;
- La collaboration avec les autres secteurs d'activités ayant un impact sur la santé et le bien-être de la population.

4.3.5 La participation de la population

Chaque centre de santé et de services sociaux établira des modalités de participation des citoyens et des usagers adaptées aux particularités de son territoire.

4.3.6 Les établissements dispensant des services de deuxième et de troisième lignes

Les centres hospitaliers qui offrent des services de deuxième et de troisième lignes et qui ont des missions régionales et suprarégionales, les centres de réadaptation et les centres jeunesse poursuivent la distribution des services selon le mandat et les responsabilités que la Loi sur les services de santé et les services sociaux leur confie. Ils interviennent en soutien aux instances locales, selon des modalités de référence et de suivi qui sont préalablement établies.

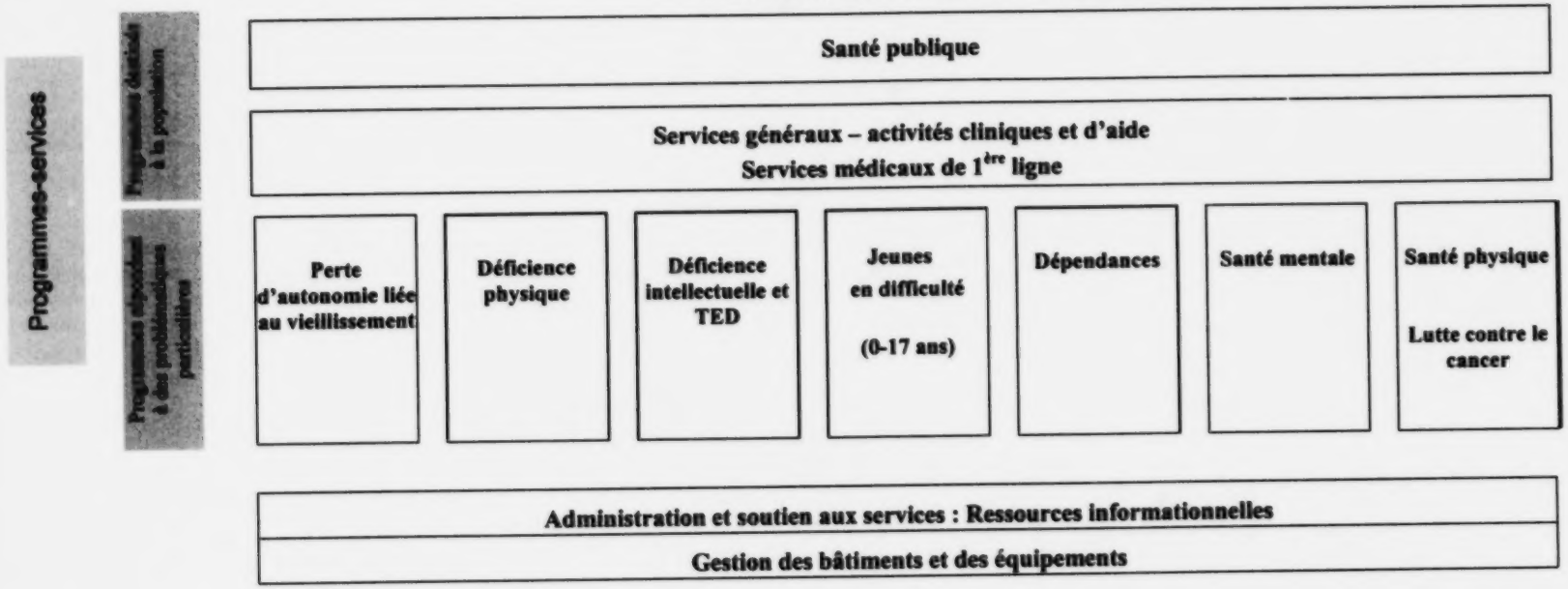
4.3.7 L'Agence régionale

Selon les balises nationales, le maintien d'un palier régional est nécessaire afin :
- de veiller à l'amélioration et au bien-être de la population;
- de garder une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats;
- d'allouer et gérer les ressources financières;
- de planifier les ressources humaines;
- d'organiser les services médicaux;
- d'assurer la coordination de l'ensemble des réseaux locaux;
- d'organiser et exercer des fonctions de santé publique : promotion, prévention, surveillance et protection;
- de gérer le plan d'action régional de santé publique;
- de gérer le programme de soutien aux organismes communautaires;
- d'établir un partenariat avec les RUIS.

4.3.8 La gestion par programme

L'allocation des ressources financières basée sur une approche historique par établissement évoluera vers une allocation des ressources définie sur une base populationnelle (per capita pondéré), selon les programmes-services et les programmes-soutien définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette nouvelle approche permettra d'assurer une répartition plus équitable des ressources entre les régions et entre les territoires locaux. De plus, elle permettra une évaluation plus juste des résultats obtenus en regard des intrants octroyés au plan des ressources.

CONFIGURATION DES PROGRAMMES



4.3.9 La gestion axée sur les résultats

L'organisation des services et l'allocation des ressources financières seront associées à des cibles mesurables pour chacun des programmes-services. Concernant l'accès aux services, la qualité, le coût et les résultats sur la santé et le bien-être, c'est sur la base de résultats attendus que se feront les ententes de gestion entre le Ministère et les agences et entre les agences et les établissements. La reddition de comptes au gouvernement et à la population se fera sur la base d'indicateurs de résultats.

4.3.10 La gestion et la mobilisation des ressources humaines

Des actions structurantes seront nécessaires pour accroître la disponibilité et la mobilisation des ressources humaines, pour faciliter leur répartition et leur rétention dans les différentes régions et pour favoriser un meilleur partage des responsabilités entre les différents professionnels. Une attention particulière sera accordée à la mise en œuvre de la loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic. Les actions relatives au regroupement des unités de négociation au sein des établissements et à la décentralisation, à l'échelle locale, de la négociation liée à l'organisation du travail seront menées en complémentarité avec la mise en place des réseaux locaux de services.

L'émergence de ces réseaux implique également l'engagement et la mobilisation des gestionnaires en place. Les directeurs généraux et les cadres seront soutenus par des moyens adaptés, qui tiennent compte de leur réalité dans cette période de changement.

5. LE POINT DE DÉPART

L'élaboration de scénarios de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux repose avant tout sur une bonne connaissance des caractéristiques propres à notre région ainsi que sur l'identification des enjeux régionaux majeurs.

5.1 Les caractéristiques de la région de Montréal[9]

Depuis janvier 2002, l'île de Montréal forme une seule municipalité, Montréal. Celle-ci résulte de la fusion des 29 villes qui constituaient, jusqu'à cette date, la région de Montréal. Avec une population de 1,8 millions d'habitants et une superficie de 494 km^2, la nouvelle ville de Montréal est la plus populeuse du Québec et le plus important pôle économique de la province.

Montréal compte :

- 57 % de francophones, alors que le quart de la population est anglophone et un peu moins du cinquième est allophone (18 %);
- Un nombre croissant d'immigrants. Selon les données de 2001, plus de 30 000 immigrants, soit près de 80 % des immigrants au Québec projetaient de s'établir dans la région;
- Une population vieillissante. En effet, 15 % des personnes sont âgées de 65 ans et plus;
- Une forte proportion (37,7 %) de ménages composés d'une seule personne, notamment chez les personnes âgées;
- Une proportion importante de familles monoparentales. En effet, le tiers des familles ayant des enfants est composé d'un seul parent;
- 30 % des personnes vivent sous le seuil du faible revenu. Les familles monoparentales sont particulièrement touchées par la défavorisation économique.

La population de Montréal présente des inégalités sociales dont les racines proviennent des disparités relatives à l'éducation, à l'emploi, au revenu et aux conditions de vie sociales et matérielles en général. Les écarts observés sont prononcés à l'échelle des territoires de CLSC. Cet état de fait commande une approche d'intervention territoriale, multisectorielle et intégrée afin de réduire les inégalités sociales qui entraînent des inégalités importantes dans l'accès à la santé et au bien-être. En ce sens, le réseau de la santé doit collaborer avec la Ville de Montréal, le milieu scolaire et les ministères du gouvernement du Québec pour améliorer les conditions de vie, de santé et de bien être de la population. L'approche territoriale et concertée se heurte toutefois à de multiples découpages territoriaux qu'il faut déjouer pour agir en partenariat.

À titre d'exemple, mentionnons que si l'on compare les 27 arrondissements de la ville aux 29 territoires de CLSC, seuls trois territoires se superposent parfaitement, soit Montréal-Nord, Saint-Léonard et LaSalle. Ailleurs, l'action du CLSC couvre plus d'un arrondissement, comme à Pierrefonds, ou au contraire, plusieurs CLSC agissent sur le territoire d'un même arrondissement, comme c'est le cas pour Parc Extension, Villeray et Saint-Michel.

---

[9] Pour plus d'information, consulter le Carrefour montréalais d'information sociosanitaire http://www.santemontreal.qc.ca

Dans le cas des cinq commissions scolaires, les territoires correspondent à trois sous-régions du côté francophone et à deux sous-régions du côté anglophone. C'est ainsi qu'à l'échelle de territoires de CLSC, deux ou trois commissions scolaires peuvent intervenir parallèlement. Les sous-régions scolaires ne correspondent pas non plus aux sous-régions du Département régional de médecine générale.

5.2 Les caractéristiques du réseau montréalais de santé et de services sociaux

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comprend actuellement 141 établissements, dont 96 sont publics et 45 privés; la plupart de ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (privés conventionnés).

Sous l'angle des missions[10], le réseau regroupe :

- 29 centres locaux de services communautaires (CLSC);
- 27 centres hospitaliers (CH);
- 2 centres jeunesse (CJ);
- 65 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- 18 centres de réadaptation (CR).

À Montréal, on dénombre trois centres hospitaliers universitaires[11], cinq centres affiliés universitaires[12] et trois instituts universitaires[13].

Compte tenu des caractéristiques linguistiques et culturelles de Montréal :

- 37 établissements du réseau montréalais sont désignés pour offrir l'ensemble de leurs services en français et en anglais ;
- 45 autres doivent offrir certains services en anglais en plus des services en français;
- 21 établissements ont un programme d'accès aux communautés culturelles;
- l'Agence gère une banque de 115 interprètes et traducteurs qui travaillent dans 67 langues.

D'autres producteurs de services sont importants sur la scène régionale. On inventorie :

- près de 350 cliniques médicales et cabinets privés d'omnipraticiens où sont offerts des services de première ligne;
- 483 ressources intermédiaires d'hébergement (3 150 places);
- 1 619 familles d'accueil pour enfants (2 512 places);
- 589 résidences d'accueil pour adultes / personnes âgées (2 780 places);
- 530 organismes communautaires (dénombrés dans le Programme de soutien aux organismes communautaires).

---

10 Des établissements de notre réseau ont une mission à plusieurs volets, c'est-à-dire qu'ils remplissent à la fois, par exemple, le rôle d'un CLSC et celui d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

11 Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital Ste-Justine (CHU Mère-Enfant).

12 Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, CLSC Côte-des-Neiges, CLSC des Faubourgs, CLSC Nord de l'Île.

13 Institut de cardiologie de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Les centres jeunesse de Montréal.

Montréal se caractérise donc par une multitude d'établissements et d'organismes producteurs de services qui doivent se coordonner et développer des mécanismes de liaison afin d'assurer aux usagers des services continus, intégrés et adaptés aux caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population.

5.3 Les ressources humaines

A Montréal, le réseau de la santé et des services sociaux emploie quelque 84 200 personnes (96 % de salariés et 4 % de cadres) dont 75 % sont des femmes. De ce nombre, 18 000 sont des infirmières et 8 000 sont des professionnels dans d'autres disciplines de la santé.

Plusieurs secteurs d'activités cliniques constatent un déficit embauche/départ malgré les efforts importants déployés au cours des dernières années afin de favoriser l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre. Des initiatives, tant locales que régionales, commencent à porter fruit, mais la réalité démographique nous indique que Montréal devra composer avec une pénurie importante de main-d'œuvre salariée et cadre, et ce, pendant plusieurs années.

Pour ce qui est des médecins, Montréal compte 2 190 médecins omnipraticiens (1 690 ETC) qui travaillent en grande partie en première ligne, et qui consacrent 30 % de leurs activités à la pratique en centres hospitaliers. En matière de services médicaux généraux, 16 % des services rendus par les omnipraticiens montréalais le sont à des personnes ne résidant pas à Montréal.

La région est également desservie par 3 216 médecins spécialistes qui se répartissent dans 35 spécialités et qui cumulent des fonctions cliniques d'enseignement et de recherche. C'est d'ailleurs, en partie du moins, l'expertise de ces médecins qui amène à Montréal une forte proportion de la clientèle hors région, notamment dans les hôpitaux spécialisés et surspécialisés.

Au titre des problématiques présentes sur la scène régionale, le manque de médecins de famille disponibles ainsi que l'éloignement des services médicaux de première ligne et des services médicaux spécialisés doivent être soulignés.

5.4 Les ressources financières

Le nouveau modèle d'organisation des services proposé par le Ministère amènera le réseau à évoluer vers une allocation des ressources par programme.

La répartition des dépenses par programme pour l'année la plus récente disponible (2001-2002) nous indique que trois programmes regroupent plus de 80 % des dépenses :

- santé physique (49,7 %);
- personnes âgées en perte d'autonomie (23,2 %);
- santé mentale (10,1 %).

La répartition observée en 2001-2002 s'est avérée stable au cours des huit dernières années.

Répartition en pourcentage des dépenses par programme (Dépenses 2001-2002)

Établissements	Santé phys.		Santé mentale		Santé Publique		PAPA		Déf. physique		Déf. Intellect		Jeunes		Alco. Tox.		Total
	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.
CHSGS	94.8	83.9	28.0	5.1	19.3	0.5	15.7	6.5	51.5	3.9	0.0	0.0	0.0	0.0	9.4	0.1	**56.2**
CHSLD	1.9	5.2	1.4	0.8	9.4	0.8	72.0	91.9	2.9	0.7	1.3	0.3	1.1	0.4	0.0	0.0	**18.2**
CLSC	2.7	18.6	7.0	9.7	67.7	14.3	11.1	35.5	18.8	11.2	3.7	2.1	9.8	8.7	0.1	0.0	**7.3**
CH Psy.	0.6	4.1	58.7	86.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.8	9.3	0.0	0.0	0.0	0.0	**6.9**
CPEJ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	83.7	100.0	0.0	0.0	**5.4**
CR	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	1.2	25.0	22.3	77.6	65.5	0.2	0.3	88.2	10.6	**4.8**
Org. Com.	0.0	0.0	4.9	40.9	0.0	0.0	1.0	19.3	1.8	6.4	1.6	5.2	5.2	27.2	2.3	1.1	**1.2**
Total		**49.7**		**10.1**		**1.5**		**23.2**		**4.3**		**4.1**		**6.4**		**0.6**	**100**

Les crédits régionaux pour l'exercice 2003-2004 qui s'achève totalisent 4 239 930 186 $. La proposition de l'Agence ferait un sorte que les crédits combinés des futurs centres de santé et de services sociaux totaliseraient 1 milliard 580 millions $, soit 37,3 % des crédits. Par comparaison, les budgets combinés des hôpitaux spécialisés et surspécialisés représentent 1 milliard 846 millions $ équivalant à 43,5 % des crédits régionaux.

Enfin, la région de Montréal dispose d'un parc d'actifs immobiliers d'une valeur de remplacement de 4 milliards $ et d'actifs informationnels évalués à 200 M$.

Répartition (montant et pourcentage) des crédits régionaux 2003-2004 selon la catégorie d'établissement

	Montant	%
Centres de santé et de services sociaux		
CHSGS	491 013 738 $	11.6
CHSLD	760 704 895 $	17.9
CLSC	329 221 650 $	7.8
Sous-total	**1 580 940 283 $**	**37.3**
Autres établissements		
CHSGS spécialisées et surspécialisés	1 846 067 068 $	43.5
CHSP	296 533 904 $	7.0
Centres jeunesse	233 394 306 $	5.5
CRDI	151 037 330 $	3.6
CRDP	53 256 190 $	1.3
CRPAT	19 918 470 $	0.5
Org. Comm.	58 782 635 $	1.4
Sous-total	**2 658 989 903 $**	**62.7**
Crédits régionaux 2003-2004	**4 239 930 186 $**	**100,0 %**

5.5 Les enjeux quant à l'intégration des services

L'action intersectorielle auprès de populations territoriales ciblées exige de contourner les découpages géographiques des milieux scolaire, municipal et sociosanitaire. Or, au sein même du réseau sociosanitaire, l'arrimage entre les dispensateurs de services est tout aussi complexe.

Parmi les difficultés rencontrées pour offrir des services continus et intégrés à des populations territoriales données, il faut souligner :

- un nombre important d'établissements et d'organismes qui répondent à une partie seulement des besoins de la population;
- un nombre tout aussi important de centres décisionnels qui développent leur propre vision, leur propre plan d'action et stratégie d'intervention;
- des bassins de desserte des centres hospitaliers, des CLSC et des cliniques privées qui s'entrecroisent sans toutefois se superposer. Cet état de fait multiplie les modalités de liaison entre les intervenants des divers points de services.
- de multiples découpages[14] sous-régionaux se sont développés en parallèle les uns des autres au fil du temps. Basés sur des responsabilités populationnelles claires pour certains établissements, ces découpages exigent néanmoins une liaison forte entre les professionnels de diverses organisations. Mentionnons, à titre d'exemples, les découpages en sous-régions différentes : du Département régional de médecine générale, des centrales Info Santé, des équipes de psychogériatrie à domicile, des territoires des équipes en santé au travail, de la sectorisation en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie, des territoires de desserte des centres de réadaptation en déficience physique, déficience du langage, déficience intellectuelle, etc.
- enfin, la grande mobilité de la population de Montréal, sa diversité linguistique et culturelle et la liberté de choix des professionnels qu'elle consulte sont autant de facteurs qui complexifient l'offre de services intégrés.

[14] Chaque découpage a été basé sur des considérations telles : la répartition des ressources spécialisées, la possibilité de concentrer une masse critique de ressources et de clientèles, les caractéristiques linguistiques des clientèles à desservir, la localisation géographique des infrastructures existantes, etc. Il en résulte quand même une mosaïque qui complexifie l'intégration des services et leur continuité.

6. LA MISE SUR PIED DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES À MONTRÉAL

Avant de présenter les scénarios de découpage des territoires locaux à Montréal et l'identification des établissements (CLSC, CHSLD, hôpitaux) qui se regrouperont par fusion pour former, sur chaque territoire, un centre de santé et de services sociaux, il est important d'indiquer comment les services seront organisés au sein de certains programmes.

En matière de santé publique, la planification régionale est terminée suite à une vaste consultation régionale. Le plan d'action régional en santé publique « *La prévention en actions* » a été adopté en septembre 2003. Les centres de santé et de services sociaux qui seront créés auront à mettre en œuvre les plans locaux dont les CLSC ont entrepris l'élaboration.

Progammes-services

- Santé publique
- Services généraux et médicaux de première ligne
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Déficience physique
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Jeunes en difficulté (0-17 ans)
- Dépendances
- Santé mentale
- Santé physique

Compte tenu de leur importance pour la conception et le développement des réseaux locaux, l'Agence propose des orientations et des balises régionales préliminaires pour cinq programmes-services, soit les services médicaux de première ligne, les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, le Programme de lutte contre le cancer, les services aux jeunes en difficulté et le Programme de réadaptation.

6.1 Les services médicaux de première ligne

En cohérence avec les balises nationales, l'implantation des GMF se poursuivra à Montréal en fonction du rythme d'adhésion des médecins. Actuellement, il y a six GMF, un en voie d'accréditation et quatre dont la demande est en préparation. Seulement trois des GMF touchent des médecins en clinique et cabinet.

Principes organisationnels

Un réseau de services médicaux est constitué d'un ensemble de personnes, d'organismes et d'établissements qui concourent au même but et qui sont en relation pour agir avec cohérence.

Ce réseau réunit tous les médecins omnipraticiens, membres du DRMG, offrant des services médicaux de 1re ligne, quels que soient leurs milieux de pratique : cliniques et cabinets hors établissement, centres de santé et de services sociaux, CH, CHSLD privés conventionnés. Le réseau de soins généraux doit être articulé avec les réseaux de soins spécialisés des deuxième et troisième lignes.

Définition

Les services généraux et médicaux de première ligne sont la porte d'entrée du système de santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Ils s'adressent à une population vivant à domicile ou dans un milieu réputé comme tel lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique. Ils ont les caractéristiques suivantes :

- l'accessibilité (24 heures/7 jours, délai raisonnable, à proximité des gens).
- la globalité (solutions à un vaste éventail de problèmes de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et palliative).
- la continuité (suivi régulier) et prise en charge de la clientèle par un médecin de famille.
- l'homogénéité (services comparables de même qualité durant les heures normales ou défavorables et en tout milieu).

Ils comprennent les activités suivantes :

- des soins médicaux courants dans les cabinets médicaux, cliniques médicales, unités de médecine familiale ou point de service des centres de santé et de services sociaux;
  - consultations médicales avec rendez-vous;
  - consultations médicales sans rendez-vous y compris aux heures défavorables;
  - consultations médicales à domicile.
- des programmes spécifiques harmonisés accessibles en centre de santé et de services sociaux :
  - santé mentale, lutte contre le cancer, personnes en perte d'autonomie due au vieillissement, etc.;
- l'accès à des services de soutien diagnostique et thérapeutique;
- la desserte médicale d'Urgences Santé et des salles d'urgence des centres hospitaliers et des centres de santé et de services sociaux;
- les services médicaux en milieu carcéral
- les activités médico-administratives.
- les activités d'enseignement.
- les activités de recherche clinique et d'évaluation de la qualité.

Composantes essentielles

Afin de respecter ces principes et ainsi consolider concrètement une première ligne médicale disponible et efficiente, plusieurs conditions de succès doivent être réunies :

- un Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique à la hauteur des besoins de services de la population locale et de la clientèle migratrice provenant des autres régions du Québec;
- des moyens de communication efficaces et rapides, mais aussi respectueux de la confidentialité;
- une organisation médicale et paramédicale ouverte à différents modèles de regroupement mais toujours ciblée sur l'atteinte des objectifs de services à la population.

Actions proposées

Une série de gestes concrets misant sur la réalité actuelle et intégrant des projets novateurs permettront d'actualiser ce programme à court et à moyen termes :

- l'implantation de 24 GMF sur le territoire de l'Île de Montréal;
- des services de prélèvement sans rendez-vous 7 jours/7 dans tous les centres de santé et de services sociaux;
- l'accès aux points de service des centres de santé et de services sociaux 80 heures par semaine;
- l'accès à Info Santé (incluant un service infosocial) 24 heures/jour selon la norme de traitement des appels à la hauteur de 90 % en moins de 4 minutes;
- combler collectivement les besoins exprimés par les activités médicales particulières (AMP) nationales et régionales;
- implanter les principes de la hiérarchisation des services médicaux.
- créer sur chaque territoire au moins un centre médical associé (CMA), notamment pour :
  - développer l'accessibilité et la prise en charge des clientèles vulnérables;
  - créer un réseau médical interétablissement et hors établissement;
  - améliorer l'accessibilité au plateau technique[15];
  - améliorer l'accessibilité à la consultation en spécialité
  - encadrer la complémentarité entre les centres de santé et de services sociaux et les médecins dans la communauté;
  - tisser des liens entre les médecins pour y diriger les clientèles orphelines;
  - développer des liens fonctionnels avec les professionnels œuvrant sur le territoire.
- garantir un programme d'informatisation du réseau sociosanitaire selon un calendrier défini et respectant les priorités des cliniciens dispensateurs de services;
- garantir une qualité optimale de services par la mise en place d'une plate-forme de formation médicale continue largement diffusée.

Centres médicaux associés

En complément à cette stratégie, l'Agence et son Département régional de médecine générale (DRMG) proposent l'implantation de centres médicaux associés (CMA). Dès le démarrage des réseaux locaux de services, il est recommandé de désigner un CMA par réseau local de services, soit une douzaine au total, dès l'été 2004. À terme, on estime qu'il faudrait deux ou trois CMA par réseau local, ce qui représente un CMA pour 50 000 habitants environ.

---

[15] Les normes aux délais d'accessibilité attendus sont : Moins de 24 heures pour les situations urgentes, 1 à 5 jours pour les situations semi-urgentes, 1 à 4 semaines pour les situations électives

Chaque CMA sera lié par contrat avec un centre de santé et de services sociaux et le DRMG de l'Agence. Il assurera à la population l'offre de services suivante :

- des services médicaux généraux de prise en charge;
- des services médicaux sans rendez-vous selon un horaire de 14 heures par jour, 7 jours par semaine;
- l'intégration des pratiques cliniques préventives (counselling, immunisation, dépistage et chimioprophylaxie) jugées les plus efficaces dans les activités courantes avec le soutien de la santé publique;
- des services infirmiers de liaison permettant en priorité :
  - d'accorder une accessibilité accrue à la prise en charge des clientèles vulnérables en perte d'autonomie ou sans médecin de famille;
  - de coordonner l'accès aux tests de laboratoire et d'imagerie médicale d'urgence;
  - de coordonner l'accès à la consultation en spécialité et de faciliter le retour du patient avec son plan de soins.
- l'inscription des clientèles vulnérables au sens de l'entente MSSS-FMOQ en vue d'une prise en charge au sein du réseau des points de services médicaux partenaires du CMA;
- des soins infirmiers;
- un service de garde en disponibilité pour la clientèle du CMA inscrite dans un programme de soutien à domicile;
- une coordination des activités avec celles du programme de soutien à domicile du centre de santé et de services sociaux avec qui il est associé.

En contrepartie, le centre de santé et de services sociaux

- contribuera au financement des coûts non-récurrents de démarrage, des coûts récurrents de fonctionnement et des coûts d'informatisation de la liaison électronique du CMA;
- assurera au CMA des corridors de services avec des plages horaires réservées pour les analyses de laboratoire urgentes et les examens urgents d'imagerie, notamment les échographies et les scans;
- assurera un accès privilégié aux services actuellement offerts par les CLSC qui seront intégrés au sein du centre de santé et de services sociaux;
- assurera une participation du responsable du CMA à son conseil d'administration.

Le DRMG de l'Agence, quant à lui, s'assurera d'harmoniser les pratiques médicales, la gestion des plans d'effectifs médicaux et la gestion des ententes relatives aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et aux activités médicales particulières (AMP) en créant des liens fonctionnels entre le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre de santé et de services sociaux, le coordonnateur de secteur du DRMG et le médecin responsable du CMA.

Pour accomplir sa mission, le CMA développera des relations de collaboration avec des sites satellites (cliniques ou cabinets).

6.2 Les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Ce programme a une importance majeure pour les futurs centres de santé et de services sociaux compte tenu de l'ampleur des ressources qui lui sont consacrées et de l'importance de la clientèle visée pour l'ensemble du réseau sociosanitaire. Les balises proposées à la suite s'inscrivent en cohérence avec les orientations ministérielles de 2001[16] et avec le Plan stratégique de l'Agence 2003-2006[17].

Principes directeurs

Le nouveau modèle d'organisation est basé sur un système de première ligne avec des assises communautaires et une approche, principalement clinique, qui répond aux caractéristiques des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et surtout aux plus vulnérables. Il est supporté par des modes de gestion et de financement qui facilitent la réalisation des objectifs cliniques et qui assurent une continuité coordonnée de la prestation des services.

Clientèle visée

Selon le comité sur la définition des programmes du MSSS, le programme s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, notamment due à l'avancement en âge, et ce, quelles qu'en soient les manifestations : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladies chroniques.

Parmi ces personnes, plusieurs présenteront des caractéristiques de vulnérabilité qui en feront des clientèles prioritaires. Parmi la clientèle cible, les proches aidants sont aussi visés.

Les balises régionales préliminaires

Dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de continuité, le centre de santé et de services sociaux assure la cohésion des activités des dispensateurs de services. Elle soutient également l'exercice de leur responsabilité collective à l'égard des besoins de soins et services des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Il voit au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie de cette clientèle, quel que soit son milieu de vie (domicile, résidence, ressource intermédiaire ou institution) et son niveau d'autonomie.

Le centre de santé et de services sociaux exerce son leadership dans la réorganisation de ses services, en lien avec ses partenaires. Il établit les mécanismes d'articulation, de référence et rédige les ententes contractuelles pertinentes et significatives pour l'organisation et l'accessibilité des services sur son territoire.

---

[16] MSSS. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. 2001.
[17] RRSSSMC, La santé en action. Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006.

Le centre de santé et de services sociaux met en œuvre les composantes essentielles suivantes :

- la création d'un guichet unique sur chaque territoire local dont les fonctions seront le traitement de toutes les demandes d'information, l'accueil, l'évaluation et l'orientation, l'accès au système de gestion de cas;
- la mobilisation d'une équipe de gestionnaires de cas dont les rôles sont, pour les clientèles vulnérables visées, l'évaluation des besoins, l'orientation de la personne, la planification, l'organisation et la coordination des services y incluant l'élaboration du plan de services individualisé, le suivi, la réévaluation;
- le maintien de la garde infirmière et de la garde médicale associées afin d'assurer, pour les clientèles vulnérables inscrites aux services de soutien à domicile, une couverture 24 heures et 7 jours/semaine;
- l'application de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC);
- l'application d'un système uniforme d'orientation par classification des besoins ou par profil de clientèle;
- l'élaboration de plans de services individualisés obligatoires pour la clientèle en perte d'autonomie vulnérable suivie en gestion de cas, c'est-à-dire une clientèle qui présente des facteurs de risques modérés à sévères;
- l'utilisation d'outils cliniques adaptés tels les protocoles de soins ou autres suivis systématiques;
- l'utilisation d'outils communs informatisés de communication comme la demande de services interétablissements (DSIE);
- la conclusion d'ententes pour s'assurer que les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement puissent avoir accès aux médecins omnipraticiens du territoire;
- la conclusion d'ententes pour garantir l'accès à des services spécialisés de gériatrie, géronto-psychiatrie et psychogériatrie;
- l'établissement de liens de collaboration avec les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale.

Le centre de santé et de services sociaux s'assure de donner accès à une gamme de services complète sur son territoire pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Par exemple : des services de soutien à domicile incluant des activités de prévention, en passant par des services médicaux ou de réadaptation si requis, jusqu'à l'hébergement lorsque nécessaire.

6.3 Le Programme de lutte contre le cancer

Au moment de créer les réseaux locaux de services à Montréal, l'Agence doit également élaborer, à la demande du Ministère et en collaboration avec ses partenaires, un programme régional de lutte contre le cancer dans une perspective de hiérarchisation des soins. Il est important d'arrimer les deux démarche de façon à définir de façon cohérente les responsabilités des réseaux locaux en matière de lutte contre le cancer de même que les territoires et les corridors de services dans ce domaine.

Principes directeurs

Les balises régionales du Programme de lutte contre le cancer s'appuient sur des principes directeurs permettant d'améliorer les services pour la clientèle d'oncologie.

Accessibilité aux services
La clientèle accède à la gamme complète des services de première, de deuxième et de troisième lignes en oncologie par le biais d'une approche commune de ces services. Les services sont dispensés à proximité du lieu de résidence de la clientèle.

Réduction des délais d'attente
Le processus de soins et de services incluant l'investigation, la chirurgie, la chimiothérapie et la radio-oncologie se réalise dans un délai optimal afin d'assurer un meilleur pronostic et de diminuer le niveau d'anxiété chez la personne atteinte et ses proches.

Continuité des services
La continuité des services est assurée à toutes les étapes de la maladie par la mise en place de mécanismes de liaison entre les organisations et entre les professionnels, tant au niveau local que régional.

Organisation optimale des services
L'organisation des services tient compte du principe de hiérarchisation de façon à garantir l'utilisation rationnelle des ressources et de rendre imputables les instances locales, régionales et suprarégionales.

Satisfaction accrue de la clientèle
La satisfaction accrue de la clientèle à l'égard de la prestation des services est un résultat attendu de la mise en place du Programme de lutte contre le cancer.

Balises préliminaires du programme

Hiérarchisation des services
Le centre de santé et de services locaux offre les services généraux et spécialisés tels que définis par le programme de lutte au cancer du Ministère[18] pour la 1ere ligne (information sur le cancer, mammographies de dépistage, certaines chimiothérapie, etc.) et la 2e ligne (endoscopie, biopsie, tumorectomie, chimiothérapie complexe, etc.) en oncologie. Une révision est en cours présentement. Les cas qui nécessitent des services surspécialisés sont d'emblée dirigés vers les centres régionaux et suprarégionaux désignés.

Services homogènes en oncologie de première ligne sur l'ensemble du territoire montréalais; accessibilité uniforme aux services
Tous les centres de santé et de services sociaux offrent un panier identique de services de première ligne en oncologie. Les paramètres de ce panier, incluant entre autres les services psychosociaux, les services à domicile et les soins palliatifs, sont en préparation et sont prévus pour la fin mars. Ils assurent à leur population un niveau d'accès comparable sur l'ensemble du territoire montréalais.

[18] MSSS, Programme québécois de lutte contre le cancer, 1998.

Continuum de services en oncologie

En référence à la hiérarchisation des services, le centre de santé et de services sociaux s'assure que la clientèle est prise en charge pour tout le continuum de services en oncologie : prévention, dépistage, investigation, traitement, soins palliatifs, de manière à répondre adéquatement à ses besoins.

Mécanismes de liaison entre les partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux incluant les corridors de services intra-établissement et interétablissements

Le centre de santé et de services sociaux formalise les mécanismes de liaison sous forme d'ententes ou de protocoles avec des partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux. Le tout, basé sur la complémentarité des services, tient compte des corridors naturels de services, des habitudes de consommation de la clientèle ainsi que de l'expertise disponible en matière de cancer.

Présence d'équipe interdisciplinaire en oncologie

Le centre de santé et de services sociaux se dote d'une équipe interdisciplinaire ayant pour mandat d'assurer l'application du Programme de lutte contre le cancer. L'équipe répond aux besoins de la clientèle et apporte aux divers intervenants une expertise en oncologie nécessaire dans leur pratique courante. En priorité, elle s'occupe des quatre sites tumoraux les plus fréquents : sein, prostate, colorectal et poumon. Différentes catégories d'intervenants dédiés à l'oncologie forment l'équipe : médecin, infirmière, pharmacien, intervenant psychosocial, travailleur social, bénévole. Ils proviennent des différentes composantes du centre de santé et de services sociaux (CH, CLSC, CHSLD), des organismes communautaires et des organismes de soutien.

Accès à l'investigation et au traitement

Le centre de santé et de services sociaux rend accessibles les services d'investigation et de traitement dans des délais cliniquement acceptables, de manière à optimiser le processus des services. Ainsi, il offre à la personne les meilleures conditions pour vaincre la maladie.

Soutien à la personne atteinte de cancer et à ses proches

Le centre de santé et de services sociaux fournit un soutien à la personne atteinte de cancer et à ses proches. Entre autres, elle les dirige vers un intervenant pivot qui leur servira de personne de référence pendant tout le continuum de soins et de services et leur facilitera l'obtention des services requis. Le centre de santé et de services sociaux leur offre également un soutien psychosocial dès l'annonce du diagnostic du cancer et au cours des différentes étapes de la maladie.

Mécanismes d'assurance de la qualité

Le centre de santé et de services sociaux met en place des mécanismes d'assurance de la qualité en vue d'offrir de hauts standards de qualité dans les pratiques courantes de soins et de services, tels que :

- comité de thérapie des tumeurs;
- surveillance des indicateurs de qualité;
- entretien préventif des équipements;
- sondage auprès de la clientèle.

Constitution d'un fichier des tumeurs
Le centre de santé et de services sociaux procède à la saisie des données relatives au cancer à l'intérieur des six mois suivant l'identification du diagnostic de cancer afin de constituer un fichier des tumeurs valide pour fins d'analyse.

Système d'information sur la production des services en oncologie
Le centre de santé et de services sociaux dispose de systèmes d'information produisant des données de qualité, en temps opportun, relatives à la production de services en oncologie. Ainsi, il sera possible de suivre l'évolution des services et l'utilisation des ressources, en plus de supporter la prise de décision afin de répondre aux besoins de la population.

6.4 Les services aux jeunes en difficulté (0-17 ans)

Le Ministère regroupe sous ce programme les services destinés aux jeunes, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des troubles de développement ou de comportement, des problèmes d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.) ainsi qu'à ceux qui ont besoin d'être protégés pour assurer leur sécurité et leur développement. Des services sont également prévus pour leur famille. Ce programme comprend, notamment, des services spécialisés comme l'adoption, le placement et la réadaptation sociale[19].

Principes directeurs

- **accessibilité** pour les jeunes en difficulté et leurs parents à des services de base (première ligne) et des services spécialisés (deuxième ligne) en matière de santé et services sociaux comparables dans tous les territoires des instances locales (panier commun de services);
- **continuité** des services;
- dispensation de services à **proximité** des individus (accès géographique);
- organisation optimale des services basée sur la **complémentarité** des services de 1re, 2e et 3e lignes;
- **respect des responsabilités** dévolues en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS), la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA);
- arrimage avec le Programme régional de santé publique et les plans locaux qui en découlent;
- consolidation des **partenariats** communautaires et intersectoriels et ouverture à des formes novatrices de collaboration;
- adaptation des services **aux réalités culturelles et linguistiques**;
- satisfaction de la clientèle.

---

[19] MSSS, *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, p.17, 21 octobre 2003.; *Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services*, p.9, MSSS, Direction de la santé physique, Direction des services à la population, 2004.

Balises régionales préliminaires

Une gamme de services à maintenir et à intégrer sur chacun des territoires locaux

Les acquis faits par le réseau pour offrir des services mieux intégrés aux jeunes en difficulté et à leur famille sont maintenus; ils constituent les bases sur lesquelles il faut maintenant miser pour consolider et améliorer les efforts de chacun et ce, en fonction des nouveaux paramètres ministériels tels :

- une nouvelle définition des programmes et des services;
- les mesures prévues à la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille.*

Les centres de santé et de services sociaux locaux mettent en place des mécanismes d'accès aux services de première ligne qui sont simples et connus de la population tels les guichets enfance-famille-jeunesse[20] pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les 0-17 ans et leur famille.

Les modalités d'accès en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur la justice pénale pour les adolescents (LSJPA) demeurent les mêmes.

Les centres de santé et de services sociaux offrent, sur leur territoire, des services multidisciplinaires de première ligne en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment des services en périnatalité, en milieu scolaire et en éducation familiale et sociale. Ils visent à répondre aux demandes des enfants et des familles liées à des problématiques psychosociales (violence, négligence, abus, etc.) ou à des besoins de soutien et de répit ponctuels.

Les centres de santé et de services sociaux et les centres jeunesse offrent un maximum de services de première et deuxième ligne dans chacun des territoires locaux. Par exemple : intervention de crise et suivi intensif, intervention psychosociale dans le cadre de l'application des mesures définies (LPJ et LSJPA), programme de réintégration sociale pour les jeunes de 16 à 18 ans, etc.

Les jeunes en difficulté et leur famille ont accès, par le biais d'ententes formelles, aux services spécialisés dispensés sur une base régionale.

Les organismes communautaires sont invités à poursuivre leurs activités en partenariat avec les réseaux locaux de services.

Les services offerts sont adaptés aux réalités des communautés ethnoculturelles, de façon à répondre efficacement aux besoins des enfants et de leur famille.

---

[20] RRSSSMC, Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003 –2006, 2003.

Un défi d'intégration

Les plans locaux de santé publique s'inscrivent en continuité et complémentarité avec les services du programme « Jeunes en difficulté », notamment en ce qui concerne les mesures du plan régional de santé publique visant le soutien des familles et l'amélioration des conditions de vie des tout-petits ainsi que le soutien au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des jeunes.

Les centres de santé et de services sociaux et les autres établissements s'assurent de l'actualisation des ententes déjà signées. Par exemple : l'implantation du guide de collaboration CLSC-centres jeunesse, des mécanismes d'articulation entre les CHA, les CLSC et les médecins traitants, du modèle d'équipe intervention jeunesse. Aussi, ils révisent, consolident ou développent des ententes afin de permettre l'accès, la continuité et la complémentarité des services offerts dans le cadre des programmes suivants : santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, santé physique et dépendances.

Des collaborations avec les organismes communautaires et les divers partenaires issus d'autres secteurs (commissions scolaires, Ville de Montréal, réseau des CPE, etc.) sont poursuivies et intensifiées, et ce, dans le respect des rôles et de l'autonomie de chacun. Il faut, entre autres, réactualiser en fonction des centres de santé et de services sociaux les ententes[21] déjà existantes.

L'amélioration de la qualité des services

Les centres de santé et de services sociaux et les centres jeunesse systématisent et harmonisent l'utilisation des plans d'intervention (PI) et des plans de services individualisés (PSI) prévus à la Loi sur la santé et les services sociaux.

Les centres de santé et de services sociaux et les centres jeunesse encouragent notamment la participation de leurs intervenants et gestionnaires, au Programme national de formation (PNF).

Les modalités d'évaluation et de reddition de comptes

Les centres de santé et de services sociaux ainsi que les centres jeunesse révisent et instaurent des mesures de suivi, d'évaluation et rendent des comptes en vertu des responsabilités qui leur sont dévolues dans le cadre du programme « Jeunes en difficulté ». L'ensemble de ces mesures s'appuie sur le respect des ententes de gestion ainsi que sur la consolidation des systèmes d'information intégrés (Intégration - CLSC; Projet intégration jeunesse).

---

[21] *Cadre de collaborations entre le Regroupement des centres de la petite enfance de l'île de Montréal, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, le Regroupement des CLSC de Montréal et le Centre jeunesse de Montréal;*
Deux réseaux, un objectif : Le développement des jeunes, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation;
Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

6.5 Le Programme en réadaptation

Situation actuelle

Dans la région de Montréal, six centres hospitaliers de réadaptation (CHR) offrent des services à la population. Tous possèdent un permis d'exploitation de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Il s'agit de l'Institut de réadaptation de Montréal et des CHR suivants : Catherine Booth, Lindsay, Marie-Clarac, Richardson et Villa-Médica. Il est à noter que parmi ces centres hospitaliers, les CHR Marie-Clarac et Villa-Médica sont des établissements privés conventionnés.

Les CHR offrent des soins et services dans deux programmes clientèles : la santé physique et la déficience physique. Leur clientèle est majoritairement âgée.

Les soins et services du programme santé physique incluent des soins de convalescence active à court terme (jusqu'à 2 semaines) et à moyen terme (de 2 à 12 semaines) ainsi que des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI).

Les soins de convalescence active comprennent des soins médicaux, infirmiers et des services courants de réadaptation. Ils sont offerts à une clientèle qui, suite à un traitement ou à une intervention pour des problèmes de santé ponctuels et transitoires dans un centre hospitalier de soins aigus, ne peut retourner immédiatement à domicile.

Les services de réadaptation fonctionnelle intensive du programme santé physique sont dispensés par des professionnels de la réadaptation auprès d'une clientèle qui présente des troubles physiques transitoires comme les traitements requis à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, d'une fracture, etc.

Il en va tout autrement dans le programme de la déficience physique en CHR. Celui-ci est destiné aux personnes « *dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux est ou risque d'être réduite* »[22].

Outre les services visant le développement ou le maintien de l'autonomie fonctionnelle, le programme en déficience physique offre également des services afin de compenser les incapacités persistantes des personnes touchées et soutenir leur participation sociale. Ils s'adressent à une clientèle présentant une déficience et des incapacités motrices liées à une amputation, à des lésions médullaires, à un accident vasculaire cérébral, à une paralysie cérébrale, etc.

Parmi les CHR, seul l'Institut de réadaptation de Montréal se spécialise exclusivement dans le programme de déficience physique. Les cinq autres CHR, disposant de 634 lits au total, dispensent principalement des services en santé physique et peu en déficience physique. Le volume de clientèle avec déficience physique est donc faible dans chacun des CHR avec deux programmes.

---

[22] Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009. MSSS, 15 octobre 2003.

En plus des CHR, cinq CHSLD (Champlain-Manoir de Verdun, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Jacques-Viger, Lucille-Teasdale et Nord de l'île) possèdent une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), soit 162 lits au total. Ces lits sont dédiés à une clientèle âgée qui nécessite des services de réadaptation en santé physique et en déficience physique.

Réseau d'établissements						
Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) et URFI/CHSLD						
Nom de l'établissement	Territoire de CLSC	Trerritoire DRMG	Caract.	CHR Lits dressés	CHR Lits permis	URFI Lits
Centres hospitaliers de réadaptation						
CHR Catherine Booth	NDG/Montréal-Ouest	Centre-Ouest	Public	84	84	
CHR Lindsay	Côte-des-Neiges	Centre-Ouest	Public	133	155	Voir URFI
CHR Marie-Clarac	Montréal-Nord	Nord	Privé	200	204	
CHR Richardson	NDG/Montréal-Ouest	Centre-Ouest	Public	67	67	
CHR Villa-Médica	Saint-Louis-du-Parc	Centre-Ouest	Privé	150	207	
URFI/CHSLD						
CHSLD Champlain-Manoir de Verdun	Verdun/Côte Saint-Paul	Sud-Ouest	Public	27	N/A	
CHSLD Jacques-Viger	Des Faubourgs	Centre-Est	Public	35	N/A	
CHSLD Lucille-Teasdale	Hochelaga-Maisonneuve	Est	Public	33	N/A	
CHSLD Nord de l'Île/ N-D de la Merci	Ahuntsic	Nord	Public	22	N/A	
Institut universitaire gériatrique de Mtl	Côte-des-Neiges	Centre-Ouest	Public	45	N/A	
TOTAL				**796**	**717**	**0**

Constat

La réadaptation en santé physique et celle en déficience physique sont fréquemment confondues. Pourtant, les besoins de la clientèle et les ressources nécessaires pour y répondre diffèrent dans chacun de ces deux volets de la réadaptation.

La réadaptation en déficience physique exige des interventions à long terme et un continuum de soins auprès de personnes qui devront vivre avec des incapacités permanentes. Il est alors difficile de répondre adéquatement à cette clientèle minoritaire à l'intérieur d'établissements dédiés surtout à la réadaptation dans le programme de santé physique axés sur le court et moyen terme.

Balises régionales

Réadaptation en déficience physique
Il est recommandé de regrouper et de concentrer les programmes en déficience physique au sein d'un autre CHR. Les services du CHR désigné deviendront complémentaires à ceux de l'Institut de réadaptation de Montréal.

Actuellement, les systèmes d'information de ces établissements ne permettent pas d'identifier facilement les activités de chacun. L'Agence, en collaboration avec ces établissements, finalisera cette analyse d'ici la mi- mars 2004. Par la suite, l'Agence désignera le CHR qui sera spécialisé dans le programme en déficience physique.

Réadaptation en santé physique
En ce qui a trait aux services de santé physique offerts dans les quatre autres établissements, ils sont essentiels et devraient faire partie de la gamme des services disponibles pour les différents réseaux locaux à proximité du lieu de résidence de la population. Les CHR publics doivent être intégrés au sein des instances locales et les CHR privés conventionnés dispenseront, après entente, leurs services au sein de réseaux locaux.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
Chaque URFI est nécessairement intégrée aux instances locales puisqu'elle est en CHSLD.

6.6 Les critères régionaux d'évaluation

Les scénarios envisagés pour implanter à Montréal des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux devraient respecter les paramètres établis par la loi (2003, chapitre 21) et précisés dans les balises nationales.

Pour faciliter la comparaison et l'évaluation des différents scénarios proposés pour le découpage des territoires locaux et l'identification des établissements devant se fusionner pour créer des centres de santé et de services sociaux, l'Agence a défini, au cours de la période de préconsultation, des critères régionaux.

Il s'agit de descripteurs et d'indicateurs permettant d'apprécier les différentes propositions de territoires et de centres de santé et de services sociaux en fonction des principales balises nationales.

1. Accès aux services

1.1 Le **découpage des territoires de référence** assure la présence d'une masse critique de ressources permettant aux instances locales d'offrir les services de première ligne attendus de leur part de la façon la plus comparable possible au point de départ.	**Descripteurs** : Ressources financières par programme, ressources humaines par catégories d'emploi.

1.2 Le découpage des territoires de référence doit comporter une masse critique de ressources institutionnelles et non institutionnelles permettant d'offrir, sur le territoire, les services d'hébergement et de soins de longue durée requis par la clientèle du territoire.	**Descripteurs** : Nombre et types de lits et places. **Indicateur** : Le degré d'autonomie, au point de départ, du réseau local quant à la capacité de répondre au besoin d'hébergement de la population du territoire.
1.3 Le découpage des territoires de référence assure la présence, au point de départ : **d'une masse critique de ressources permettant d'offrir** : • les services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés généralement par l'instance locale • conformément aux balises nationales.	**Descripteurs** : • L'effectif des médecins, dentistes et pharmaciens composant le CMDP de l'instance locale au point de départ; • La liste des plateaux techniques disponibles dans l'instance locale; • L'accès, au point de départ, à au moins un plateau technique de base situé sur le territoire.
1.4 Le découpage des territoires assure la présence, au point de départ, de ressources permettant d'offrir les services médicaux généraux	**Descripteurs** : • Le nombre de cliniques ayant le potentiel de devenir un centre médical affilié; • Le nombre de médecins omnipraticiens (ETC) œuvrant en première ligne sur le territoire local.

2. Territoire local

Pour les principaux services offerts sur le territoire, le découpage des territoires de référence assure, au point de départ, un taux standardisé d'utilisation des ressources le plus comparable possible entre les territoires.

Les taux standardisés, en contrôlant l'effet de l'âge et du sexe, nous permettent de comparer l'état relatif de santé et de bien-être des populations présentes sur chacun des territoires et d'apprécier l'effet des facteurs socioéconomiques.

Descripteurs :

- ✓ Population totale, âge, sexe;
- ✓ Caractéristiques socioéconomiques;
- ✓ Volumes des personnes d'expression française, anglaise et autres;
- ✓ Volumes d'hospitalisation utilisés par la population locale;
- ✓ Volumes d'hébergement utilisés par la population locale;
- ✓ Volumes des services de soutien à domicile utilisés par la population locale;
- ✓ Volumes des services médicaux généraux utilisés par la population locale;
- ✓ Volumes des signalements faits;
- ✓ Volumes des hospitalisations psychiatriques utilisés par la population locale.

Indicateurs :

- ✓ Taux standardisé d'hospitalisation;
- ✓ Taux standardisé d'hébergement;
- ✓ Taux standardisé d'utilisation des services de soutien à domicile;
- ✓ Taux standardisé d'utilisation des services médicaux généraux;
- ✓ Taux standardisé de signalements (LPJ);
- ✓ Taux standardisé d'utilisation des hospitalisations psychiatriques.

3. La composition des centres de santé et de services sociaux	**Descripteur** : Nombre de lits de réadaptation CHR-URFI de l'instance locale.
3.1 a) Chaque instance locale compte au moins un CHSGS; 3.1 b) Un CHSGS ayant une mission de réadaptation se regroupe par fusion à l'instance locale de son territoire; chaque instance compte au point de départ sur des lits de réadaptation.	**Indicateur :** Écart entre les lits utilisés et les lits disponibles en réadaptation.
3.2 Un CHSGS qui offre des soins généraux et spécialisés ou ayant une mission de réadaptation peut être exclu de l'instance locale du territoire si : • une concentration aussi importante de ses usagers provient d'un autre territoire de référence que de son territoire local; ou • une proportion importante de ses ressources est consacrée à des services surspécialisés; ou • la composition ethnoculturelle, socioculturelle ou linguistique de sa clientèle se démarque de façon significative des caractéristiques de la population du territoire.	**Descripteur** : Provenance de la clientèle des CHSGS **Descripteurs** : • Importance des ressources; • Volumes d'hospitalisation par niveau d'accès. **Descripteur** : Nombre et proportion des personnes d'expression française, anglaise et autres du territoire.
3.3 La composition des instances proposées respecte les caractéristiques linguistiques et culturelles de la population à desservir.	**Descripteur** : Rattachement des établissements désignés et reconnus à une instance de même nature.

En plus de ces critères régionaux, le modèle d'organisation proposé par l'Agence verra à respecter les paramètres suivants concernant les affiliations universitaires et mandats régionaux ou suprarégionaux de certains établissements montréalais :

Affiliation universitaire

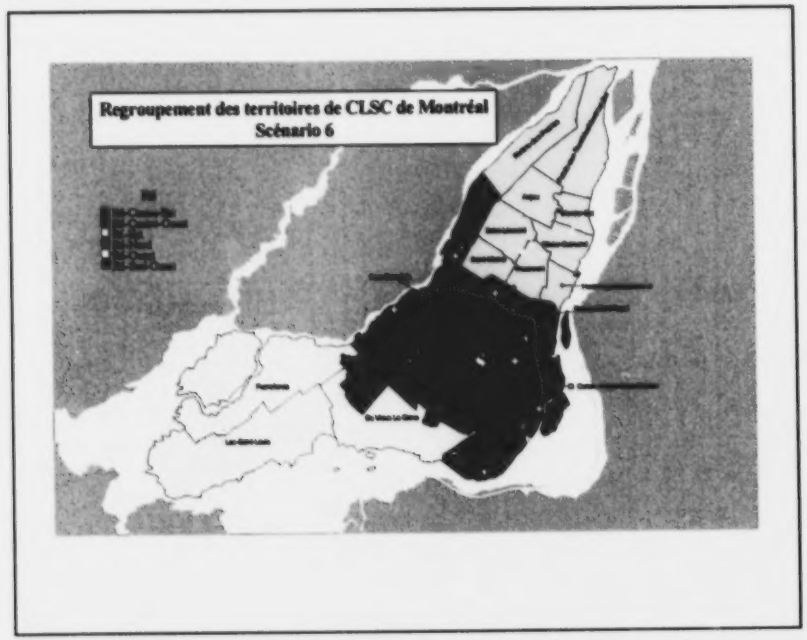
Des établissements (CLSC, CHSLD, CHSGS) qui ont des affiliations avec des universités ou qui sont reconnus comme instituts, selon la loi et les balises nationales, devraient être inclus dans les regroupements menant à la création des centres de santé et de services sociaux. En conséquence, les centres de santé et de services sociaux devraient conserver ces affiliations universitaires et assumer pleinement leur rôle d'instituts le cas échéant.

Mandats régionaux et suprarégionaux

Plusieurs établissements qui seront intégrés, au niveau local, dans un centre de santé et de services sociaux, avaient des mandats régionaux ou suprarégionaux dans des domaines spécialisés. Les centres de santé et de services sociaux concernés continueront à accomplir ces mandats spécifiques en plus de remplir pleinement leur mission locale.

6.7 Les six sous-régions du Département régional de médecine générale

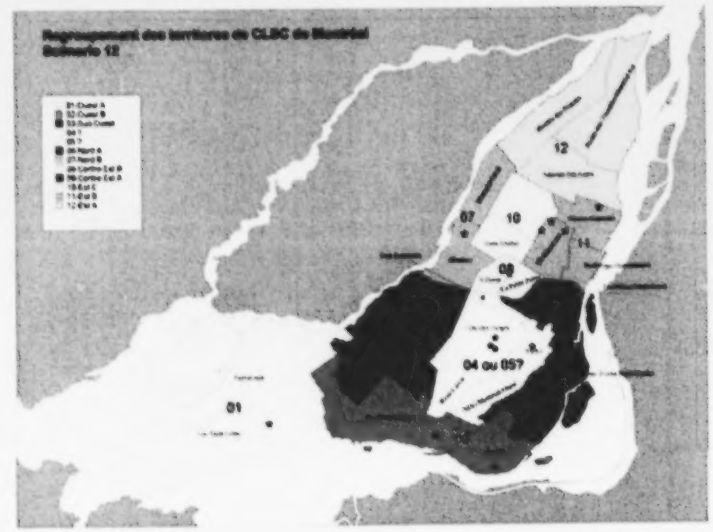
Les six sous-régions actuelles définies par le Département régional de médecine générale - Ouest, Sud-Ouest, Centre-Ouest, Centre-Est, Est, Nord, ont servi de point de départ à la réflexion sur le découpage territorial à Montréal Ce découpage a été révisé récemment dans le cadre de l'élaboration du Plan stratégique 2003-2006 « *LasSanté en actions* ». À cette occasion, le territoire du CLSC Saint-Louis du Parc est passé de Centre-Ouest au Centre-Est et celui de Parc Extension est allé du Centre-Est au Centre-Ouest. Il regroupe en sous-régions les 29 territoires de CLSC.



Actuellement le découpage en six sous-régions sert de base à l'organisation des services médicaux de première ligne et à la coordination des activités du DRMG. C'est aussi sur cette base que la Direction de santé publique a procédé à l'évaluation de l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise. Cette évaluation a donné lieu à un rapport : « *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal* » publié en 2002.

Cependant, ce découpage sur la base des six territoires du DRMG pose, d'entrée de jeu, deux problèmes pour la formation des instances locales:

- La sous-région Est, avec 479 325 habitants et 17 institutions publiques à intégrer dans l'instance, est d'une taille trop importante à première vue. À titre de comparaison, à Londres, suite à la réforme du système de santé britannique en 2002, la ville a été découpée en 5 régions de 1,4 à 1,8 million d'habitants. Chacune de ces régions s'est subdivisée par la suite en instances locales allant de 120 355 personnes à 368 480 personnes. De même, Barcelone, ville de 1,5 million d'habitants, est subdivisée en 10 secteurs sociosanitaires allant de 89 000 à 249 000 personnes.



Dans un système comparable à trois paliers (ministère, autorités régionales, organisations locales) et en milieu urbain, on constate que la taille maximale observée de la population d'une organisation locale est inférieure à 370 000 habitants.

- La sous-région Sud-Ouest actuelle englobe LaSalle et Verdun. Or, la fusion volontaire en 1995 des centres hospitaliers de Verdun et de LaSalle pour former le Centre hospitalier Angrignon n'a pas donné les effets escomptés et la défusion a été confirmée.

À première vue, il n'apparaît pas envisageable de fusionner à nouveau les hôpitaux de LaSalle et de Verdun.

Des grandes sous-régions comptant de 200 000 à 300 000 habitants seraient appropriées s'il n'était pas nécessaire d'organiser les programmes de santé publique ou ceux offerts aux personnes en perte d'autonomie. Le fait d'inclure les centres hospitaliers milite en faveur de la création de territoires plus petits, tenant compte des caractéristiques des établissements intégrés.

Au cours de la tournée des sous-régions, différents scénarios proposant 8, 10, 11, 12, 13 et 15 territoires sociosanitaires ont été suggérés.[23] Des consensus sont rapidement apparus parmi les établissements de santé et de services sociaux sur la définition de dix des futurs territoires sociosanitaires à soumettre à la consultation publique.

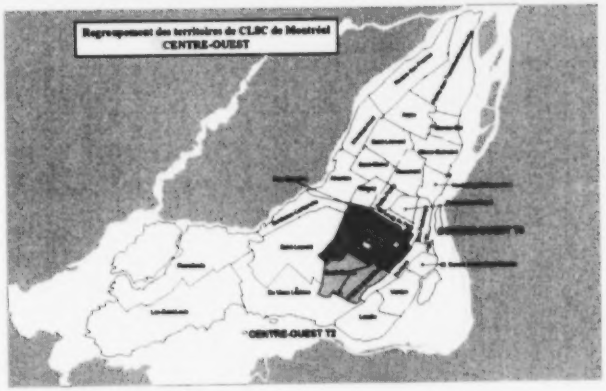
---

[23] Pour plus de détails, consulter notre site Internet www.santemontreal.qc.ca

Cependant, dans le Centre-Ouest de Montréal, deux scénarios alternatifs ont chacun leurs supporters :

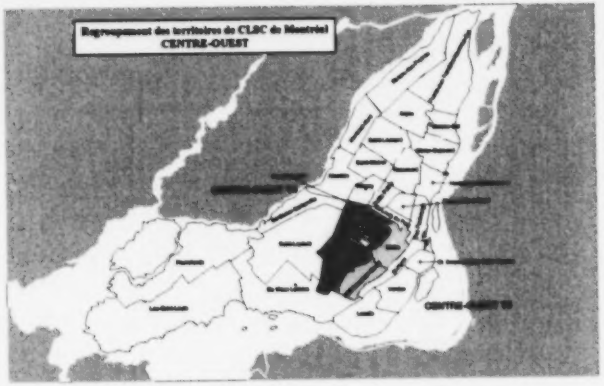
Hypothèse 1 :

- Centre de santé et de services sociaux de Côte-des-Neiges, Parc Extension et Métro
- Centre de santé et de services sociaux de René-Cassin et NDG/Montréal-Ouest



Hypothèse 2 :

- Centre de santé et de services sociaux de René-Cassin, Côte-des-Neiges et Parc Extension
- Centre de santé et de services sociaux de NDG/Montréal-Ouest et Métro



En définitive, suite à la préconsultation, il reste deux scénarios à proposer à la consultation publique. Ce qui les distingue est la façon de subdiviser le Centre-Ouest de Montréal;

6.8 La formation des centres de santé et de services sociaux

L'Agence régionale propose de créer 12 centres de santé et de services sociaux sur l'île de Montréal. Pour chaque centre de santé et de services sociaux proposé, on trouvera :

- les établissements publics appelés à se fusionner;
- les établissements privés conventionnés présents sur le territoire;

- des données statistiques précisant :
  - la population du territoire;
  - les lits d'hébergement et de réadaptation;
  - le budget de départ;
  - les ressources humaines;
  - le pourcentage de la clientèle de l'hôpital provenant du territoire;
  - les hôpitaux les plus utilisés par la population du territoire pour les soins généraux et spécialisés;
  - les langues d'expression de la population du territoire.

Des données plus complètes présentant les descripteurs et les indicateurs disponibles sont présentées à l'annexe 2. Ces données sont aussi accessibles sur le site de l'Agence, dans la section du Carrefour montréalais d'information sociosanitaire.

De plus, il est prévu que chaque territoire pourra compter, dans une première phase, sur un centre médical associé qui sera déterminé parmi les cliniques ayant le potentiel de le devenir.

Composition des douze centres de santé et de services sociaux proposés

1- Centre de santé et de services sociaux de Pierrefonds et Lac Saint-Louis

Instance
- CA Denis-Benjamin Viger (125)
- CLSC Lac Saint-Louis
- CLSC Pierrefonds
- Hôpital général du Lakeshore

Associés
- CHSLD Bayview (128)
- Vigi Santé (CHSLD Dollard-des-Ormeaux) (160)
- Vigi Santé (CHSLD Pierrefonds) (64)

- Population : 204 645
- 65 ans + : 24 560 (12%)

- Lits CHSLD : 477
  19,4 lits /1 000 (65 et +)
  - lits temporaires : 0
  - lits < 1,5 h : 0
  - lits 1,5 à 2,5 h : : 285
  - lits 2,5 h et + : 192
  - mandat régional : non
- Lits de réadaptation : 0

- **Langue d'expression :**
  - Français : 37,8 %
  - Anglais : 61,3 %
  - Autres : 1 %

- **Budget :** 113 016 184 $
- **Ressources humaines :** 1 713
- **CMA potentiels :** 2

- **Hôpital local : Général du Lakeshore**
  - Dépendance : 60,3 %

- **Habitudes population**
  - *soins ultraspécialisés :*
    - 52,1 % CUSM
    - 19,9 % HGJ
  - *soins généraux :*
    - 42,8% Lakeshore
    - 19,7 % CUSM

2- Centre de santé et de services sociaux de LaSalle-Lachine

Instance
- Centre d'accueil LaSalle (202)
- Centre hospitalier de LaSalle (115)
- CLSC du Vieux Lachine
- Les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval (428)
- Centre Hospitalier de Lachine (143)

Associés
- CHSLD Bussey (Québec) (42)

- **Population :** 131 855
- **65 ans + :** 23 015 (17,5 %)

- **Lits CHSLD** : 930
  40,4 lits / 1 000 (65 et +)
  - lits temporaires : 21
  - lits < 1,5 h : 0
  - lits 1,5 à 2,5 h : 506
  - lits 2,5 h et + : 403
  - mandat régional : non

- **Lits de réadaptation** : 0

- **Langue d 'expression :**
  - Français : 57,1 %
  - Anglais : 41,4 %
  - Autres : 1,6 %

- **Budget :** 121 320 754 $
- **Ressources humaines :** 2 361
- **CMA potentiels :** 2

- **Hôpitaux locaux : LaSalle et Lachine**
  - Dépendance: 37,4% Lasalle
  - Dépendance: 44,6% Lachine
- **Habitudes population**
  - *soins ultraspécialisés :*
    - CUSM 49,2 %
    - CHUM 22,8 %
  - *soins généraux*
    - LaSalle 31,2 %
    - CUSM 17,1%
    - Lachine 15%

3- Centre de santé et de services sociaux de Verdun-Côte St-Paul, St-Henri et Pointe St-Charles

Instance
- Centre d'accueil Louis Riel (100)
- Centre d'accueil Réal Morel (148)
- Centre hospitalier de Verdun (12)
- CHSLD Champlain - Manoir de Verdun (416)
- CLSC St-Henri
- CLSC Verdun/Côte St-Paul
- Résidence Yvon-Brunet (185)
- Pavillon des Seigneurs (CHSLD) (180)
- Pavillon Saint-Henri (CHSLD) (240)

Associés
- Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles

- **Population :** 129 580
- **65 ans + :** 19 930 (15,4 %)

- **Lits CHSLD :** 1135 + 146
  569 lits/1000 (65 et +)
- **Lits temporaires** : 0
  - lits < 1,5 h : 0
  - lits 1,5 à 2,5 h : 833
  - lits 2,5 h et + : 282
  - mandat régional : 146 lits
    - déficience intellectuelle : 32
    - unité spécifique : 114

- **Lits de réadaptation :** 27

- **Langue d 'expression :**
  - Français : 73,1 %
  - Anglais : 25,7 %
  - Autres : 1,2 %

- **Budget :** 170 443 903 $
- **Ressources humaines :** 3 802
- **CMA potentiels :** 5

- **Hôpital local: Verdun**
  - Dépendance: 68%

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés :*
    - 44,2 % CUSM
    - 26,0 % CHUM

  - *soins généraux :*
    - 32,2 % Verdun
    - 19,0 % CUSM

Deux hypothèses sont envisageables pour le Centre-Ouest

Hypothèse 1 : CENTRE OUEST

4.1 Centre de santé et de services sociaux de René Cassin et NDG / Montréal-Ouest

Instance
- Centre hospitalier Gériatrique Maimonides (387)
- Centre hospitalier Mont-Sinaï (57)
- Centre hospitalier Richardson (125)
- CLSC NDG/Montréal-Ouest
- CLSC René-Cassin
- Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut
- Grace Dart (357)

Associés
- Vigi Santé (CHSLD Reine-Elizabeth) (150)
- Résidence Gilman (59)

- **Population :** 117 655
- **65 ans +** : 23 540 (20 %)

- **Lits CHSLD :** 1 135
  48,2 lits / 1 000 (65 ans et +)
  – lits temporaires : 20
  – lits < 1,5 h : 59
  – lits 1,5 à 2,5 h : 201
  – lits 2,5 h et + : 855
  – mandat régional : non

- **Lits de réadaptation :** 151

- **Langue d'expression :**
  – Français :31,1 %
  – Anglais : 66,9 %
  – Autres : 2,0 %

- **Budget :** 113 528 708 $ et +
- **Ressources humaines :** 2 498
- **CMA potentiels :** 3

- **Hôpital local:** non
- **Hôpital 1ère instance: Hôpital Général Juif**
  – Dépendance : 17,9 %
- **Habitudes population**
  – *soins surspécialisés*
    • HGJ 42,1%
    • CUSM 41,2 %
  – *soins généraux*
    • HGJ 34,1%
    • CUSM 31,8%
    • de St.Mary 20,7%

5.1 Centre de santé et de services sociaux de Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension

Instance
- Centre d'accueil Father Dowd (134)
- Centre d'accueil St-Margaret (96)
- Centre d'accueil des Foyers presbytériens de St-Andrew (70)
- Centre hospitalier de St. Mary
- CHSLD juif de Montréal (320)
- CLSC Côte-des-Neiges
- CLSC Métro
- CLSC Parc Extension
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (379)
- L'Hôpital de réadaptation Lindsay

Associé
- Vigi Santé (CHSLD Mont-Royal) (273)

- **Population :** 219 000
- **65 ans +** : 34 440 (15,7 %)

- **Lits CHSLD :** 1 272
  36,9 lits / 1 000 (65 ans et +)
  – lits temporaires : 0
  – lits < 1,5 h : 0
  – lits 1,5 à 2,5 h : 567
  – lits 2,5 h et + : 705
  – mandat régional : non

- **Lits de réadaptation :** 178

- **Langue d'expression :**
  – Français :44,9 %
  – Anglais : 51,3 %
  – Autres : 3,8 %

- **Budget :** 213 066 705 $
- **Ressources humaines :** 4354
- **CMA potentiels :** 6

- **Hôpital local : de St.Mary**
  – Dépendance: 21,7 %

- **Habitudes population**
  – *soins surspécialisés*
    • CUSM 40,3%
    • HGJ 30,6 %
  – *soins généraux*
    • CUSM 28,5%
    • HGJ 26,9%
    • de St.Mary 20,5%

Hypothèse 2 : CENTRE OUEST

4.2 Centre de santé et de services sociaux de Métro et N.D.G./Montréal-Ouest

Instance
- Centre d'accueil des Foyers presbytériens de St-Andrew (70)
- Centre d'accueil St-Margaret (96)
- Centre d'accueil Father Dowd (134)
- Centre hospitalier Richardson (125)
- CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest
- CLSC Métro
- Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut
- Grace Dart (357)

Associés
- Vigi Santé (CHSLD Reine Elizabeth) (150)
- Résidence Gilman (59)

- **Population :** 127 205
- **65 ans + :** 20 525 (16,1%)

- **Lits CHSLD :** 991
  48,2 lits / 1 000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 18
  - lits < 1,5 h : 59
  - lits 1,5 à 2,5 h : 309
  - lits 2,5 h et + : 605
  - mandat régional : non

- **Lits de réadaptation :** 151

- **Langue d 'expression :**
  - Français : 33,8 %
  - Anglais : 64,7 %
  - Autres : 1,6 %

- **Budget :** 85 288 406 $
- **Ressources humaines :** 1 790
- **CMA potentiels :** 7

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital 1ère instance: CUSM**
  - Dépendance : 11,9 %

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - CUSM 55,3 %
    - HGJ 21,6 %
  - *soins généraux*
    - CUSM 45,5 %
    - St-Marv 19.2 %

5.2 Centre de santé et de services sociaux de Côte-des-Neiges, René Cassin et Parc Extension

Instance
- CH gériatrique Maimonides (387)
- CH St. Mary
- CH Mont-Sinaï (57)
- CHSLD juif de Montréal (320)
- CLSC Côte-des-Neiges
- CLSC Parc Extension
- CLSC René-Cassin
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (379)
- L'Hôpital de réadaptation Lindsay

Associé
- Vigi Santé (CHSLD Mont Royal) (273)

- **Population :** 209 450
- **65 ans + :** 37 455 (17,8 %)

- **Lits CHSLD :** 1 416
  37,8 lits / 1 000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 2
  - lits < 1,5 h : 0
  - lits 1,5 à 2,5 h : 459
  - lits 2,5 h et + : 955
  - mandat régional : non
- **Lits de réadaptation :** 178

- **Langue d'expression :**
  - Français : 43,9 %
  - Anglais 52 %
  - Autres 4,1 %

- **Budget :** 241 307 007 $
- **Ressources humaines :** 5 062
- **CMA potentiels :** 2

- **Hôpital général :de St-Mary**
  - Dépendance : 23,7 %

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - Général Juif 41,8 %
    - CUSM 33,3 %
  - *soins généraux*
    - Général Juif 36,6 %
    - CUSM 21,4 %
    - de St-Mary 21,4 %

6- Centre de santé et de services sociaux de Nord-de-l 'Île et Saint-Laurent

Instance
- CHSLD-CLSC Nord de l'Île (541)
- CHSLD-CLSC Saint-Laurent (154)
- Manoir Cartierville (285)

Associés
- Les Cèdres - Centre d'accueil pour personnes âgées (25)
- Centre d'hébergement Saintt-Vincent-Marie (66)

- **Population :** 124 600
- **65 ans + :** 23 755 (19 %)

- **Lits CHSLD :** 900 + 171
  37,8 lits / 1 000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 21
  - lits < 1,5 h : 179
  - lits 1,5 à 2,5 h : 0
  - lits 2,5 h et + : 700
  - mandat régional : 171 lits
    - déficience intellectuelle : 35
    - déficience auditive : 111
    - clientèle syrienne et libanaise : 25
- **Lits de réadaptation :** 22

- **Langue d'expression :**
  - Français : 57,2 %
  - Anglais : 38,4 %
  - Autres : 4,4 %

- **Budget :** 94 094 927 $
- **Ressources humaines :** 2 141
- **CMA potentiels :** 3

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital 1ère instance: du Sacré-Cœur de Montréal**
  - Dépendance : 20,3%

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - CUSM 24,1 %
    - HGJ 23 %
    - HSC 21,2%
  - *soins généraux*
    - HSC 29,2 %
    - CUSM 17,7%

7- Centre de santé et de services sociaux de Ahuntsic et Montréal-Nord

Instance
- Centre hospitalier Fleury
- CLSC Ahuntsic
- CLSC Montréal-Nord (128)
- Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain (560)

Associés
- CHSLD Gouin (93)
- CHSLD Marie-Claret (78)
- Hôpital Marie-Clarac
- Résidence Angelica (347)
- Résidence Berthiaume-Du Tremblay (246)

- **Population :** 161 415
- **65 ans + :** 31 265 (19,3 %)

- **Lits CHSLD :** 1 452
  - 46,4 lits / 1 000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 0
  - lits < 1,5 hr : 255
  - lits 1,5 à 2,5 hr : 543
  - lits 2,5 hr et + : 654
  - mandat régional : non
- **Lits de réadaptation :** 200

- **Langue d'expression :**
  - Français : 85,2 %
  - Anglais : 12,8 %
  - Autres : 2,0 %

- **Budget :** 159 214 962 $
- **Ressources humaines :** 2 307
- **CMA potentiels :** 4

- **Hôpital local : Fleury**
  - Dépendance: 50,3%

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - ICM 28,3 %
    - CHUM 17,3 %
  - *soins généraux*
    - Fleury 19,7 %
    - HSC 13,7 %

8- Centre de santé et de services sociaux de La Petite Patrie et Villeray

Instance
- CLSC Villeray
- CLSC-CHSLD La Petite Patrie (100)
- Hôpital Jean-Talon
- Pavillon Auclair (CHSLD) (160)

Associé
- Groupe Champlain (CHSLD Villeray) (28)

- **Population :** 107 965
- **65 ans + :** 15 560 (14,4 %)

- **Lits CHSLD :** 263 + 25
  16,9 lits / 1 000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 0
  - lits < 1,5 h : 0
  - lits 1,5 à 2,5 h : 235
  - lits 2,5 h et + : 28
  - mandat régional : 25 lits
    - unité spécifique : 25
- **Lits de réadaptation :** 0

- **Langue d'expression :**
  - Français : 84,4 %
  - Anglais : 13,3 %
  - Autres : 2,4 %

- **Budget :** 80 595 755 $
- **Ressources humaines :** 1 436
- **CMA potentiels :** 5

- **Hôpital local : Jean-Talon**
  - Dépendance : 32,4 %
- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - CHUM 33,4%
    - ICM 20 %
  - *soins généraux*
    - Jean-Talon 23,8 %

9- Centre de santé et de services sociaux Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint Louis du Parc

Instance
- Centre hospitalier Jacques-Viger (359)
- CHSLD Centre-Ville de Montréal (396)
- CHSLD Émilie-Gamelin Armand-Lavergne (368)
- CLSC des Faubourgs
- CLSC du Plateau Mont-Royal
- CLSC Saint Louis du Parc
- Hôpital Chinois de Montréal (128)
- Les CHSLD du Plateau Mont-Royal (363)

Associés
- Groupe Roy Santé (CHSLD St-Georges) (264)
- Villa Medica

- **Population :** 136 475
- **65 ans + :** 15 930 (11,7%)

- **Lits CHSLD : 1 628 + 250**
  102,1 lits / 1000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 60
  - lits < 1,5 h : 147
  - lits 1,5 à 2,5 h : 477
  - lits 2,5 h et + : 944
  - mandat régional : 250
    - unité spécifique : 122
    - clientèle chinoise : 128
- **Lits de réadaptation :** 185

- **Langue d'expression :**
  - Français : 82,6 %
  - Anglais : 15,6 %
  - Autres : 1,8 %

- **Budget :** 171 049 787 $
- **Ressources humaines :** 3 161
- **CMA potentiels :** 3

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital 1ère instance : CHUM**
  - Dépendance : 14,8%

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - CHUM 56 %
  - *soins généraux*
    - CHUM 52,6%

10- Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel

Instance
- CLSC Saint-Michel
- CLSC Saint-Léonard
- CHSLD Les Havres (288)
- CHSLD Saint-Michel (160)
- Hôpital Santa Cabrini (103)

- **Population :** 123 165
- **65 ans + :** 20 495 (16,6%)

- **Lits CHSLD :** 448 + 103
  21,8 lits /1 000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 0
  - lits < 1,5 h : 0
  - lits 1,5 à 2,5 h : 189
  - lits 2,5 h et + : 256
  - mandat régional : 103 lits
    - clientèle italienne : 103
- **Lits de réadaptation : 0**

- **Langue d 'expression :**
  - Français : 70,9 %
  - Anglais : 24,3 %
  - Autres : 4,9 %

- **Budget :** 115 082 948 $
- **Ressources humaines :** 2 493
- **CMA potentiel :** 1

- **Hôpital local : Santa Cabrini**
  - Dépendance: 23,1 %
- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - ICM 33,3 %
    - HMR 19,3 %
    - CHUM 14,7 %
  - *soins généraux*
    - HMR 21,5 %
    - Santa Cabrini 14,5 %

11- Centre de santé et de services sociaux de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont

Instance
- CHSLD Lucille-Teasdale (497)
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC Olivier-Guimond
- CLSC-CHSLD de Rosemont (221)
- Foyer Rousselot (157)
- CHSLD Jeanne-LeBer (350)
- Institut Canadien Polonais du Bien-Être (126)

Associés
- Ma Maison St-Joseph (40)
- CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes (162)

- **Population : 170 830**
- **65 ans + : 31 340 (18,3 %)**
- **Lits CHSLD : 1 239 + 304**
  39,5 lits / 1 000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 0
  - lits < 1,5 hr : 161
  - lits 1,5 à 2,5 hr : 491
  - lits 2,5 hr et + : 587
  - mandat régional : 304 lits
    - unité spécifique : 49
    - déficience visuelle : 99
    - clientèle polonaise et slave : 126
    - multi-handicapés : 30
- **Lits de réadaptation :** 33

- **Langue d 'expression :**
  - Français : 90,8 %
  - Anglais : 8,5 %
  - Autres : 0,7 %

- **Budget :** 127 242 916 $
- **Ressources humaines :** 2 663
- **CMA potentiels :** 4

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital de 1ère instance : Hôpital Maisonneuve-Rosemont**
  - Dépendance: 12,4 %

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - ICM 28,2 %
    - HMR 28 %
    - CHUM 22,7%
  - *soins généraux*
    - HMR 33,4 %
    - CHUM 22,5%

12- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est

Instance
- CHSLD Biermans-Triest (475)
- CLSC Mercier-Est/Anjou
- CLSC Rivière-des-Prairies
- CLSC-CHSLD PAT/Montréal-Est (77)
- Centre d'accueil Judith Jasmin (HMR) (75)

Associés
- Centre Le Cardinal (204)
- CHSLD Bourget (112)
- Groupe Champlain (CHSLD Marie-Victorin) (284)
- Groupe Roy Santé (CHSLD Le Royer) (96)

- **Population :** 185 330
- **65 ans + :** 27 160 (14,6 %)

- **Lits CHSLD :** 1 288 + 35
  47,4 lits / 1000 (65 ans et +)
  - lits temporaires : 16
  - lits < 1,5 hr : 97
  - lits 1,5 à 2,5 hr : 602
  - lits 2,5 hr et + : 573
  - mandat régional : 138 lits
    - unité spécifique : 35
- **Lits de réadaptation :** 0

- **Langue d 'expression :**
  - Français : 86,2 %
  - Anglais : 12,8 %
  - Autres : 1,0 %

- **Budget :** 96 035 851 $
- **Ressources humaines :** 1 213
- **CMA potentiels :** 4

- **Hôpital local :** non
  - Dépendance : 25,3 %
- **Hôpital de 1ère instance :** Hôpital Maisonneuve-Rosemont

- **Habitudes population**
  - *soins surspécialisés*
    - ICM 33,3 %
    - HMR 27,7 %
  - *soins généraux*
    - HMR 34,2 %

6.9 Information complémentaire sur les scénarios proposés

Du point de vue de l'Agence, un certain nombre d'hôpitaux paraissent devoir être exclus d'emblée des instances locales en raison de la complexité de les intégrer eu égard, notamment, à la dimension du territoire desservi, à l'importance de leurs installations, à l'étendue des services spécialisés et surspécialisés offerts et des technologies de pointe qu'ils utilisent.

Hôpitaux publics non inclus dans une instance locale

Hôpital Sainte-Justine
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Centre universitaire de santé McGill
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Institut de cardiologie de Montréal
Institut Philippe Pinel
Hôpital Louis-H. Lafontaine
Hôpital Rivière-des-Prairies
Hôpital Douglas
Institut de réadaptation de Montréal

Dans le cas des autres hôpitaux, il est proposé de les inclure comme partie intégrante des futurs centres de santé et de services sociaux, de façon à permettre à ceux-ci de contrôler l'ensemble des ressources nécessaires au plein accomplissement de leur mission et à la mise sur pied de centres médicaux associés.

Dans le cas où il n'y a pas d'hôpital inclus dans le centre de santé et de services sociaux, l'accès aux ressources requises pour qu'il puisse accomplir pleinement sa mission devra être assuré par un centre hospitalier désigné avec lequel il aura un contrat de première instance. En plus de ces contrats de première instance, il faudra définir, en partenariat avec les RUIS, et dans le respect de leurs orientations, les corridors de services bidirectionnels en matière d'accès aux services spécialisés et surspécialisés entre les centres locaux et les centres universitaires.

La consultation publique permettra **d'entendre les arguments en faveur ou en défaveur de l'inclusion des autres hôpitaux, cas par cas, territoire par territoire**. Ces arguments seront évalués à la lumière des dispositions de la loi et des balises nationales, en utilisant les critères régionaux comme outils d'évaluation.

Programme régional en réadaptation

Dans le domaine de la réadaptation, la consultation devrait permettre d'identifier, en plus de l'Institut de réadaptation de Montréal, à quelle institution devrait être accordé un mandat spécialisé en déficience physique.

Respect des caractéristiques linguistiques et culturelles

La période de consultation permettra d'identifier des solutions appropriées, dans le cadre des lois existantes, afin de respecter le caractère particulier de certains centres d'hébergement et de soins de longue durée ayant des mandats régionaux rattachés à des communautés linguistiques et culturelles qui desservent une clientèle très différente de la population du territoire local où ils sont situés.

Le partenariat intersectoriel avec la Ville de Montréal et les commissions scolaires

Le projet actuel ne permettra pas d'assurer une superposition entre les territoires municipaux et les secteurs sociosanitaires proposés. Du point de vue des commissions scolaires, la réduction, de 29 à 12, du nombre d'institutions assurant les suivis de santé et de services sociaux simplifiera le réseau de relations de façon significative.

C'est pourquoi les pistes de solution mises de l'avant dans le Plan stratégique 2003-2006 « *La santé en actions* » demeurent essentielles.

LES PISTES DE SOLUTION

- **Se doter de meilleurs outils de coordination intersectorielle :**
  - le contrat de ville entre Montréal et le gouvernement du Québec;
  - des zones prioritaires communes d'intervention concertée : Ville, ministères, Régie régionale, commissions scolaires;
  - la généralisation et l'harmonisation de programmes de prévention efficaces, accessibles dans tous les territoires de CLSC;
  - la synchronisation et l'harmonisation des plans stratégiques régionaux des principaux partenaires :Ville, commissions scolaires, Régie régionale;
  - une information partagée et accessible en fonction des territoires de chacun : arrondissements, territoires de centre de santé et de services sociaux, territoires des commissions scolaires.

Le partenariat avec les organismes communautaires

En ce qui concerne le partenariat avec les organismes communautaires, les balises nationales confirment que l'Agence continuera d'assurer la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires dont le cadre de financement évoluera en continuité avec le modèle actuel de soutien à la mission globale des organismes communautaires. De plus, le modèle proposé respectera les orientations arrêtées dans le Plan stratégique 2003-2006 « *La santé en actions* ».

Le partenariat avec les entreprises d'économie sociale

L'Agence reconnaît le rôle important joué par les entreprises d'économie sociale en aide domestique, particulièrement à l'égard des clientèles en perte d'autonomie référées par le réseau public. Par des services d'aide domestique, ces entreprises complètent l'offre de services cliniques assurés par les CLSC.

Actuellement, Montréal est desservie par 11 entreprises œuvrant dans ce secteur. Elles produisent annuellement 532 000 heures de services au profit de plus de 12 000 personnes, dont près de 70 % sont des personnes âgées. Ce secteur d'activité, en développement depuis 1995, a créé plus de 500 emplois permanents.

Chacune de ces entreprises dessert un territoire défini et a établi des relations continues avec un ou plusieurs CLSC. La création de centres de santé et de services sociaux et le regroupement de territoires de CLSC sur une autre base pourrait entraîner, à moyen terme, une révision des territoires de desserte des entreprises. Nous comptons sur la période de consultation pour discuter avec les entreprises des orientations à prendre à ce sujet.

7. L'INFORMATISATION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

L'accessibilité et la continuité des services sont également dépendantes de la disponibilité de l'information, au moment opportun, pour les différents professionnels ayant à collaborer pour répondre adéquatement aux besoins des personnes.

Des efforts importants doivent être consentis pour rendre accessibles des outils concrets, conviviaux, efficaces et sécuritaires permettant la circulation des données cliniques à l'intérieur des centres de santé et de services sociaux qui seront créés, entre eux et avec leurs principaux partenaires, dans la prestation des services intégrés : GMF, centres médicaux associés, établissements spécialisés.

D'autre part, la gestion par programme, l'allocation des ressources par programme en fonction des caractéristiques pertinentes des populations et la gestion par résultat avec des ententes de gestion associées à des cibles mesurables nécessitent d'envisager la gestion de l'information, sa diffusion et son analyse comme priorités stratégiques.

7.1 Services à la clientèle

De plus en plus, la population québécoise s'attend à pouvoir disposer aisément de l'information pertinente sur la disponibilité des services et des ressources du réseau, sur la nature des problèmes de santé, des mécanismes de prévention et des approches de soins proposées. Si on lui offre toujours plusieurs portes d'entrée pour accéder aux services qu'elle requiert, il devient toutefois nécessaire de lui offrir un guichet d'information intégré nourri par les centres de santé et de services sociaux, les centres spécialisés et le secteur privé.

Actions à court terme :

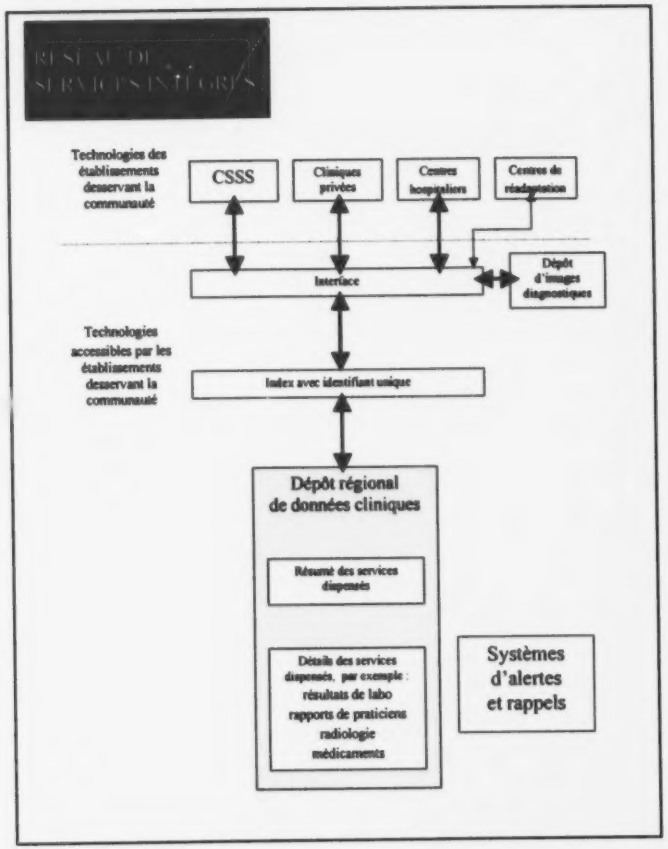
- Réunir sur un portail régional les informations utiles pour identifier les ressources du milieu, leur localisation physique, leurs heures d'ouverture, leurs spécificités et leur niveau d'accessibilité (délai d'attente, conditions préalables);
- Promouvoir la convergence de l'information disponible des établissements du réseau et des entités privés en leur fournissant les outils de diffusion à l'intérieur d'un portail unifié.

Vision à long terme :

- Une grappe « santé et services sociaux » intégrée dans un portail gouvernemental qui consolide l'information disponible et la rend accessible et uniforme via des outils de navigation simples et compréhensibles : accès aux informations personnelles, prise de rendez-vous assistée, gestion personnelle de la prévention et de la santé.

7.2 Services aux professionnels

Les professionnels de la santé et des services sociaux souhaitent assurer un continuum de services et de soins à la clientèle. Pour ce faire, ils doivent d'abord pouvoir compter sur des mécanismes d'échange et de partage d'information entre eux. Le seul véritable point d'arrimage de cette information se trouve toutefois dans un dossier unique sous un identifiant unique du client. Si ce dernier demeure un objectif viable à plus long terme, des gestes concrets et permanents doivent être posés au cours des prochaines années. A l'instar des exemples de l'Australie, de l'Alberta et de quelques régions ou sous-régions du Québec, la région de Montréal doit envisager la mise en œuvre d'un dossier clinique accessible et nourri par les professionnels impliqués. La priorité doit être accordée à consolider les résultats diagnostiques de l'épisode de soins courants et la consommation présente de médicaments.



Actions à court terme :

- Étendre à tous les professionnels du secteur sociosanitaire, l'accès à un service de courrier électronique sécurisé;
- Donner un accès rapide et « normalisé » aux résultats courants de laboratoires et de radiologie;
- Développer un registre des intervenants qui facilitera notamment l'accès aux ressources spécialisées.

Vision à long terme :

- Rendre accessible, de façon normalisée, les images médicales et les composantes utiles du dossier numérisé;
- Assurer l'accès aux sommaires de consultation médicales et à la consommation courante de médicaments;
- Assurer la mise en commun des systèmes d'information clinique et l'intégration du dossier clinique.

7.3 Services aux nouveaux centres de santé et de services sociaux

La création des centres de santé et de services sociaux offre l'occasion de redéfinir le cadre de gestion régional des ressources informationnelles et de favoriser le partage d'expertise et le regroupement des ressources. Les nouveaux centres de santé et de services sociaux feront face aux mêmes obligations et auront avantage à développer une approche commune avec l'Agence en ce qui a trait à :

- l'intégration de leurs index clientèle;
- l'intégration de leurs systèmes de gestion administrative;
- l'intégration ou l'interopérabilité de leurs systèmes clientèles;
- la gestion des ententes de services avec leurs partenaires privés ou publics;
- la consolidation et la gestion de leurs technologies de l'information.

Un exercice de rationalisation, de partage et de mise en commun des infrastructures, des systèmes et des ressources doit être envisagé. Les centres de santé et de services sociaux devront adhérer à des normes informationnelles et assurer les déploiements d'applications provinciales et régionales qui visent à uniformiser la nomenclature et les échanges d'informations cliniques ou administratives entre les établissements de la région. (ex. DSIE).

Actions à court terme :

- Normalisation et support à la consolidation des index clientèle intégrés en lien avec un index régional (Agence) et provincial (RAMQ);
- Création de registres normalisés des intervenants;
- Normalisation et rationalisation des déploiements de PACS et de systèmes de numérisation des dossiers d'archives;
- Évaluation des besoins et des bénéfices d'une solution unique pour les systèmes de dossiers cliniques informatisés;
- Étude des bénéfices d'un regroupement des efforts de gestion et de support des infrastructures communes, de l'identification et de l'authentification des intervenants, de la sécurité des actifs et des accès et de la surveillance des alertes et des incidents.

Vision à long terme :

- La mise en place d'une solution unique et centralisée d'un système d'information clinique ou d'un dépôt de dossiers cliniques partageables hébergés en partenariat avec les deux RUIS de la région.

7.4 Contribution attendue des établissements des RUIS

Tous les établissements identifiés comme membres d'un RUIS auraient avantage à favoriser l'harmonisation de leurs systèmes d'information cliniques ainsi qu'à développer des modalités régionales et suprarégionales d'échanges interétablissements et d'accès aux informations cliniques (ex. résultats diagnostiques). Ces établissements doivent contribuer avec l'Agence à la mise en œuvre d'un portail unique d'informations cliniques au bénéfice des médecins, des professionnels de la santé et des clientèles visées. Tous les établissements doivent contribuer à mettre en place et à généraliser l'usage d'un identifiant unique de la clientèle « enregistrée », « inscrite » ou « admise ».

7.5 Fonctions communes et services régionaux

Si on s'en tient aux principes que l'information doit suivre le client et que les personnes autorisées doivent avoir accès en temps utile à cette information, il s'en suit qu'il faudrait réaliser les actions suivantes :

Actions à court terme :

- Implanter un index-maître de la clientèle et fournir les services de recherche et de mise à jour qui lui sont associés, en lien avec la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- Implanter un registre des intervenants pour toute personne autorisée à accéder aux systèmes d'information d'une autre instance que la sienne;
- Implanter un service régional d'Intranet / Extranet pour faciliter, sécuriser et uniformiser l'accès des professionnels à l'information et notamment aux résultats diagnostiques;
- Développer le Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, qui a le mandat, comme activité régionalisée, d'organiser, de gérer, d'analyser et de diffuser l'information sur la santé ainsi que sur l'utilisation et l'administration des services.

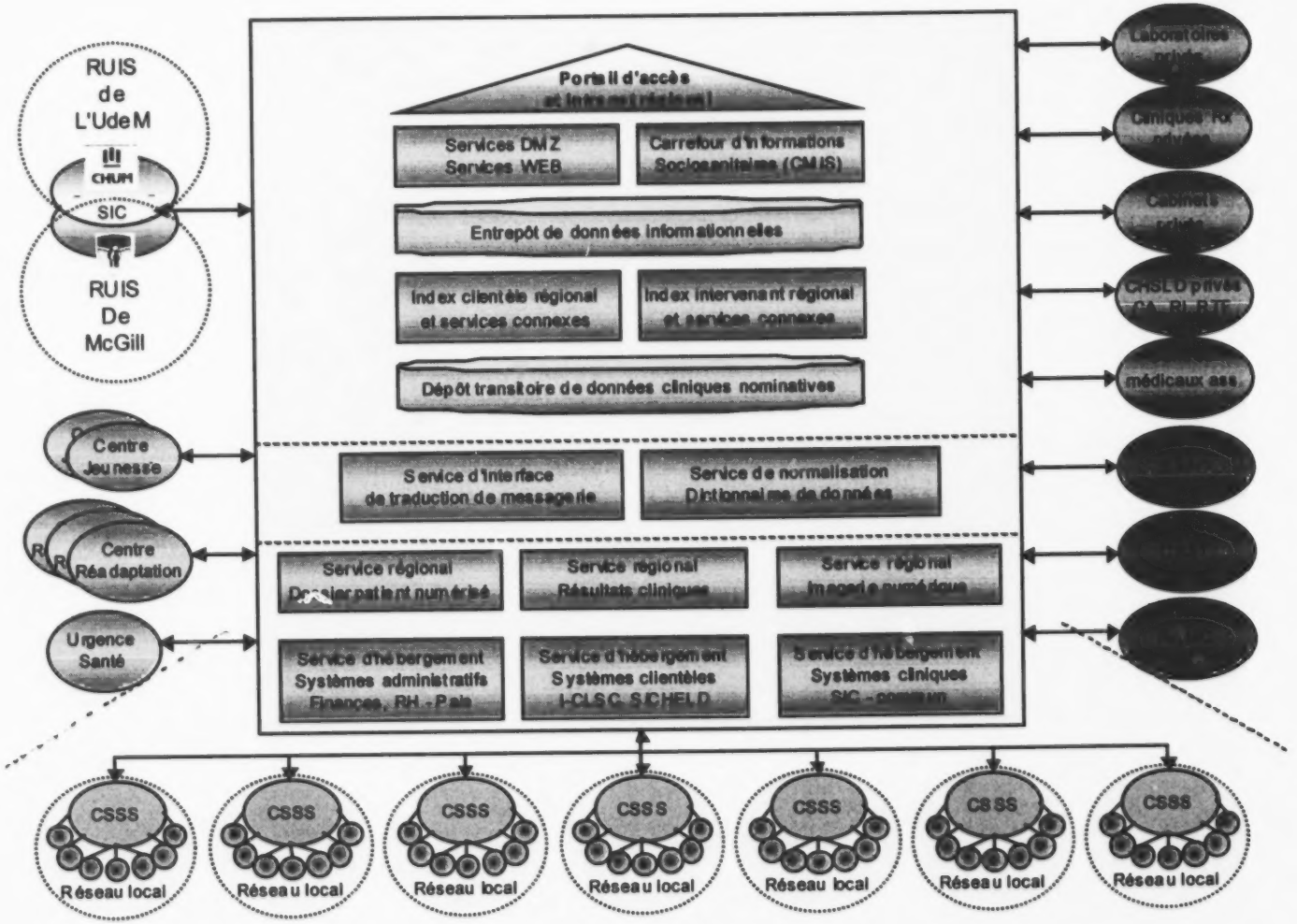
  Les produits informationnels mis en place devront permettre un accès facile et complet à l'ensemble des informations provenant des banques de données sociosanitaires et médico-administratives afin de supporter les centres de santé et de services sociaux, les établissements spécialisés et les différents partenaires du réseau, ainsi que l'Agence afin de gérer et d'évaluer les programmes de services en s'appuyant sur des données fiables, probantes et facilement accessibles à tous en même temps.

Vision à long terme :

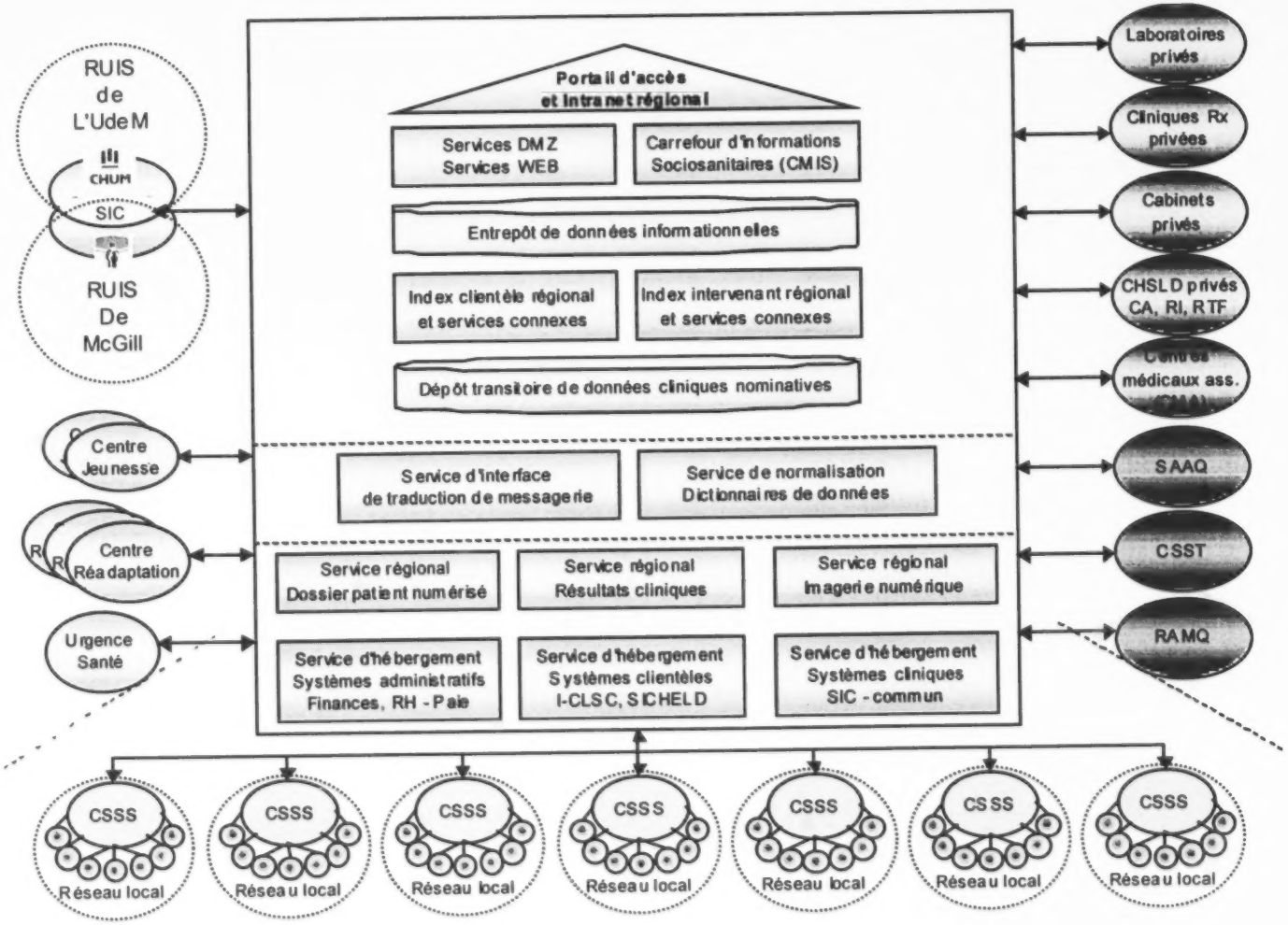
- Assurer le rôle de courtier régional de l'information clinique échangée ou partagée entre les différents établissements et professionnels de la région pour l'ensemble de la clientèle desservie. (incluant celle des régions périphériques)
- Assurer la liaison informationnelle avec les autres régions et les instances gouvernementales : MSSS, RAMQ.

Cette vision des fonctions communes ou partageables au niveau régional est cohérente avec la nouvelle vision nationale de l'architecture d'ensemble des ressources informationnelles présentée à l'annexe 3.

Vision des fonctions communes et services régionaux



Vision des fonctions communes et services régionaux



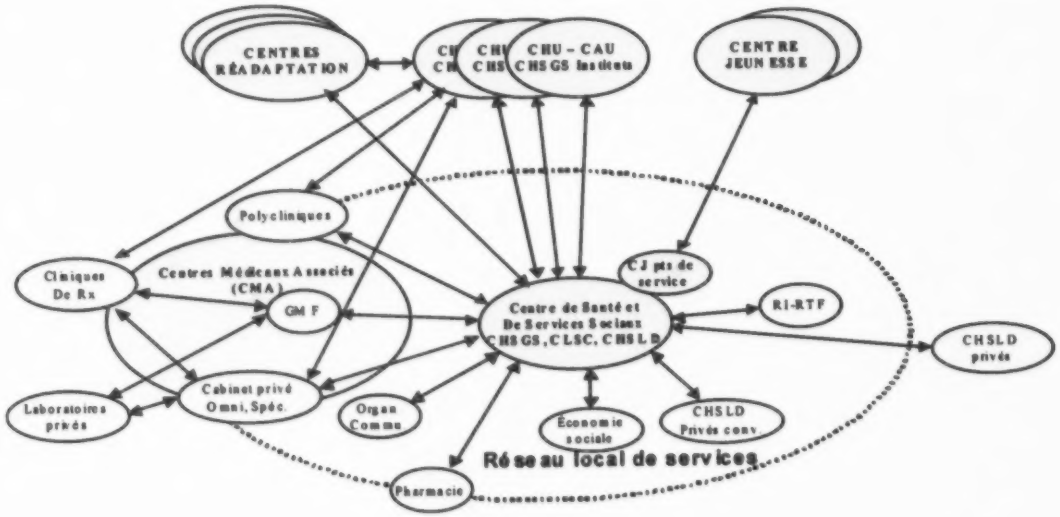
7.6 Infrastructures technologiques complémentaires

Les technologies actuelles ou futures de la région doivent assurer la flexibilité, la performance, la redondance, la sécurité, l'efficacité, l'efficience et l'évolution des réseaux de télécommunication, des systèmes et des applications qui supportent les échanges d'information. Certaines démarches sont amorcées pour rehausser le Réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS) dans la région.

- Le RTSS doit s'étendre à tous les établissements publics;
- Le RTSS doit s'étendre de façon sécurisée à tous les organismes privés;
- L'architecture du RTSS doit s'harmoniser à l'architecture technologique déployée sur le territoire pour assurer la livraison de services informatiques opérationnels et performants;
- La performance et, si nécessaire, la redondance des liens doivent être assurées;
- La sécurité des actifs informationnels doit être soutenue par tous les intervenants;
- L'accès à des utilisateurs hors RTSS doit passer par une DMZ (Zone démilitarisée) (Québec ou Montréal);
- Le collecticiel Lotus Notes constitue la norme en matière de courrier électronique;
- Le maintien des actifs informationnels doit faire l'objet d'un financement adéquat.

Ce plan d'action devrait nous permettre de concrétiser, au plan des ressources informationnelles, la mise sur pied d'un réel réseau local de services de santé et de service sociaux.

Vision générale du réseau local de services



7.7 Plan d'action court terme

Pour répondre aux besoins prioritaires des trois prochaines années, on devra mener les actions suivantes :

- Étendre le réseau RTSS sécurisé aux secteur privé;
- Appuyer l'informatisation des omnipraticiens (1500);
- Étendre les services de courrier électronique (5000);
- Déployer les outils disponibles d'échange d'information;
- Compléter les déploiements de systèmes de radiologie (RIS) et de laboratoires (LIS);
- Mettre en place un index maître régional;
- Mettre en place un registre des intervenants;
- Mettre en place un système de messagerie uniforme;
- Déployer/développer les interfaces entre systèmes;
- Mettre en place un portail d'accès sécurisé;
- Implanter un dépôt régional de résultats cliniques;
- Cadre de gestion du changement (processus-formation).

La réalisation complète du plan à long terme pourrait nécessiter des investissements additionnels dans les domaines suivants :

- Systèmes d'information clinique (SIC);
- PACS (Picture Archiving and Communication System
- Numérisation.

8. LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION

La réussite d'un tel projet dépendra largement de la stratégie d'implantation que l'Agence adoptera et de la qualité de son exécution.

Au premier plan, cette stratégie doit avoir pour but de mobiliser les membres des conseils d'administration et les directeurs généraux, les médecins, les cadres, les professionnels, les employés vers les objectifs poursuivis en matière de services à la population :

- de meilleurs résultats de santé et de bien-être;
- des soins plus satisfaisants parce que continus et complets;
- des services accessibles au bon endroit et au bon moment concourant à contrer les hospitalisations inutiles, les séjours à l'urgence et l'absence de suivi auprès des jeunes signalés à la DPJ mais non retenus.

Les personnes qui prodiguent les soins et les services sociaux doivent disposer des ressources financières, matérielles, techniques et informationnelles requises pour atteindre ces objectifs.

La stratégie d'implantation devra donc indiquer les ressources additionnelles qui seront requises et disponibles pour supporter le projet, notamment en ce qui a trait :

- à la mise sur pied et au fonctionnement d'au moins 12 centres médicaux associés;
- au développement d'équipes de gestionnaires de cas et de personnel de liaison dans les douze centres de santé et de services sociaux (1 gestionnaire de cas / 15 000 personnes = 120 gestionnaires de cas);
- à l'informatisation des réseaux locaux de services.

Au-delà de la question des ressources mises à la disposition des établissements et des médecins, la stratégie d'implantation devra préciser comment se feront :

- l'allocation des ressources et les ententes de gestion;
- l'évaluation des résultats : accès, qualité, coûts, impacts sur la santé et le bien-être;
- l'information à la population.

L'Agence aura aussi à préciser dans sa recommandation :

- les principaux corridors de services requis et les acteurs concernés;
- les engagements déjà formalisés entre les producteurs et ceux qui sont prévus et les enjeux sous-jacents;
- les modalités de participation et de collaboration prévues avec les médecins généraiistes;
- les liens avec les réseaux universitaires intégrés de santé dans la région;
- les impacts possibles du modèle proposé sur les programmes-services et les programmes-soutien.

Enfin, il faudra réfléchir, au cours de la période de consultation, sur les modes de gouverne et de gestion à mettre de l'avant afin de soutenir adéquatement l'organisation proposée.

ANNEXE 1

Indicateurs de santé selon les regroupements des territoires de CLSC de Montréal

	Taux de mortalité, 1994-1998 (pour 100 000)								*Taux d'incidence du cancer, 1996-2000 (pour 100 000)*		
Territoires de regroupements	Tumeurs	Appareil circulatoire	Appareil respiratoire	Traumatismes	Suicide	Cancer du poumon	Cancer du côlon-rectum	Cancer du sein	Cancer du poumon	Cancer du côlon-rectum	Cancer du sein
1 - Pierrefonds / Lac St-Louis	214	258	64	21	8	49	27	31	56	62	130
2 - LaSalle / Lachine	271	[illegible]	80	19	10	76	34	39	[illegible]	71	135
3 - Verdun-Côte-Saint-Paul / St-Henri / Pte-St-Charles	[illegible]	[illegible]	[illegible]	24	[illegible]	[illegible]	36	38	110	69	123
4.1 - René-Cassin / NDG-Montréal-Ouest	209	282	72	20	12	46	24	33	51	61	141
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc Extension	228	267	64	18	10	43	29	37	51	54	142
4.2 - Métro / NDG-Montréal-Ouest	231	278	75	22	15	54	26	38	58	61	148
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin / Parc Extension	207	274	65	18	9	40	26	33	48	54	137
6 - Saint-Laurent / Bordeaux-Cartierville (Nord-de-l'Île)	218	268	52	19	9	48	28	35	57	61	143
7 - Ahuntsic / Montréal-Nord	255	340	79	22	18	74	34	41	80	65	144
8 - La Petite Patrie / Villeray	[illegible]	346	84	24	19	[illegible]	29	[illegible]	[illegible]	63	125
9 - Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc	316	404	105	36	27	104	33	39	107	68	124
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	239	266	68	20	13	66	27	29	82	69	113
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	277	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	35	38	[illegible]	66	144
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pte-aux-Trembles	[illegible]	[illegible]	89	22	13	[illegible]	[illegible]	33	[illegible]	[illegible]	103
Région de Montréal	**253**	**320**	**79**	**23**	**15**	**70**	**31**	**39**	**80**	65	137

Valeur favorable comparativement à celle de la région

Valeur comparable à la région

Valeur défavorable comparativement à celle de la région

Territoires de regroupements	Espérance de vie à la naissance, 1994-1998		Assistance-emploi	Victimisation	Externalisation	Grossesse à l'adolescence
	Hommes (Années)	Femmes (Années)	Prestataires (%)	0-17 ans (Taux pour 1000)	0-17 ans (Taux pour 1000)	14-17 ans (Taux pour 1000)
1 - Pierrefonds / Lac St-Louis	78,6	82,8	3,3	8	13	13
2 - LaSalle / Lachine	74,6	80,8	10,3	22	19	29
3 - Verdun / St-Henri / Pte-St-Charles	72,3	79,0	21,3	42	29	43
4.1 - René-Cassin / NDG-Montréal-Ouest	77,9	82,6	11,9	12	10	16
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc Extension	77,9	82,5	9,2	15	16	18
4.2 - Métro / NDG-Montréal-Ouest	76,7	81,9	7,9	16	14	18
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin / Parc Extension	78,6	83,0	13,0	12	11	16
6 - Saint-Laurent / Bordeaux-Cartierville (Nord-de-l'île)	78,2	82,9	14,0	12	12	18
7 - Ahuntsic / Montréal-Nord	74,4	81,0	16,7	21	14	31
8 - Petite Patrie / Villeray	72,4	80,1	15,4	23	17	28
9 - Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc	69,1	77,4	15,2	25	16	30
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	76,4	81,8	15,7	20	12	33
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	71,9	79,9	18,8	30	20	41
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pte-aux-Trembles	74,2	80,1	9,5	15	15	25
Région de Montréal	**74,8**	**81,1**	**12,8**	**21**	**14**	**28**

Valeur favorable comparativement à celle de la région — Valeur comparable à la région — Valeur défavorable comparativement à celle de la région

ANNEXE 2 DESCRIPTEURS ET INDICATEURS

Territoires de regroupements	Données sociodémographiques et socioéconomiques																	
	population totale			population 0 - 18 ans		population 19 - 64 ans		population 65 ans et +		personnes d'expression française		personnes d'expression anglaise		personnes d'expression autre		personnes sous faible revenu	
	F	H	T	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	105 020	99 625	204 645	52 455	25,6%	127 630	62,4%	24 560	12,0%	70 765	35,0%	117 445	58,0%	1 925	1,0%	24 805	12,3%
02 - LaSalle / Lachine	69 630	62 225	131 855	25 165	19,1%	83 675	63,5%	23 015	17,5%	70 610	54,4%	49 930	38,5%	1 970	1,5%	30 165	23,2%
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	67 405	62 175	129 580	23 980	18,5%	85 670	66,1%	19 930	15,4%	90 100	70,8%	29 735	23,4%	1 625	1,3%	45 695	35,9%
4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	63 280	54 375	117 655	22 530	19,1%	71 585	60,8%	23 540	20,0%	30 905	26,8%	72 640	62,9%	2 140	1,9%	29 635	25,7%
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	113 535	105 465	219 000	41 340	18,9%	143 220	65,4%	34 440	15,7%	85 215	39,4%	98 925	45,8%	8 665	4,0%	75 510	34,9%
4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	66 440	60 765	127 205	20 200	15,9%	86 480	68,0%	20 252	15,9%	37 240	29,7%	75 880	60,6%	1 995	1,6%	37 295	29,8%
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension	110 375	99 075	209 450	43 670	20,8%	128 325	61,3%	37 455	17,9%	78 880	38,2%	95 685	46,4%	8 810	4,3%	67 850	32,9%
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	65 255	59 345	124 600	24 955	20,0%	75 890	60,9%	23 755	19,1%	61 165	49,8%	38 500	31,3%	5 290	4,3%	36 875	30,0%
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	87 065	74 350	161 415	30 940	19,2%	99 210	61,5%	31 265	19,4%	129 650	81,9%	14 970	9,5%	3 595	2,3%	52 550	33,2%
08 - La Petite-Patrie / Villeray	56 005	51 960	107 965	17 230	16,0%	75 175	69,6%	15 560	14,4%	89 410	83,7%	7 700	7,2%	3 005	2,8%	37 270	34,9%
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	65 595	70 880	136 475	15 760	11,5%	104 785	76,8%	15 930	11,7%	107 335	80,5%	18 035	13,5%	2 565	1,9%	47 300	35,5%
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	65 240	57 925	123 165	26 420	21,5%	76 250	61,9%	20 495	16,6%	79 395	64,7%	22 470	18,3%	5 900	4,8%	40 425	32,9%
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	90 075	80 755	170 830	26 425	15,5%	113 065	66,2%	31 340	18,3%	147 890	88,6%	10 950	6,6%	1 795	1,1%	55 715	33,4%
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	96 960	88 065	185 025	38 895	21,0%	118 200	63,9%	27 930	15,1%	152 510	84,4%	19 030	10,5%	2 065	1,1%	38 985	21,6%

Territoires de regroupements	Utilisation des services de santé et services sociaux				
	Admissions en santé physique	Admissions en santé mentale	Hébergement	Services de soutien à domicile	Services médicaux généraux
	Taux standardisé	Taux standardisé	Taux standardisé	Taux standardisé	Taux standardisé
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	87,0	63,4	67,9	90,3	
02 - LaSalle / Lachine	95,8	79,3	92,2	86,9	
03 - Verdun / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	116,2	116,0	136,7	162,5	
4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	88,7	80,8	79,0	91,5	
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	90,0	89,4	76,7	57,9	
4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	84,2	79,3	78,0	96,3	
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension	93,6	90,5	76,8	58,3	
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	95,8	95,2	77,1	109,5	
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	108,7	108,2	111,9	71,1	
08 - Petite-Patrie / Villeray	98,9	119,0	106,4	126,8	
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	100,9	107,0	162,9	160,8	
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	114,3	90,3	93,5	105,9	
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	106,5	142,2	113,0	93,8	
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	111,1	129,9	122,3	110,7	

	Territoires de regroupements	Habitudes de la population			
		Épisodes de soins généraux			
		CHSGS 1	%	CHSGS 2	%
	01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	GÉNÉRAL DU LAKESHORE	42,8%	CUSM	19,7%
	02 - LaSalle / Lachine	LASALLE	31,2%	CUSM	17,1%
	03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	VERDUN	32,2%	CUSM	19,0%
	4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	34,1%	CUSM	31,9%
	5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	CUSM	28,5%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	27,0%
	4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	CUSM	45.50%	ST-MARY	19,2%
	5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	36,4%	CUSM	21,4%
	06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	29,2%	CUSM	17,8%
	07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	FLEURY	19,7%	SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	13,8%
	08 - La Petite-Patrie / Villeray	JEAN-TALON	23,9%	CHUM	22,7%
	09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	CHUM	52,7%	CUSM	13,5%
	10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	MAISONNEUVE-ROSEMONT	21,5%	SANTA CABRINI	14,5%
	11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	MAISONNEUVE-ROSEMONT	33,4%	CHUM	22,6%
	12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	MAISONNEUVE-ROSEMONT	34,2%	CH en dehors de Montréal	12,0%

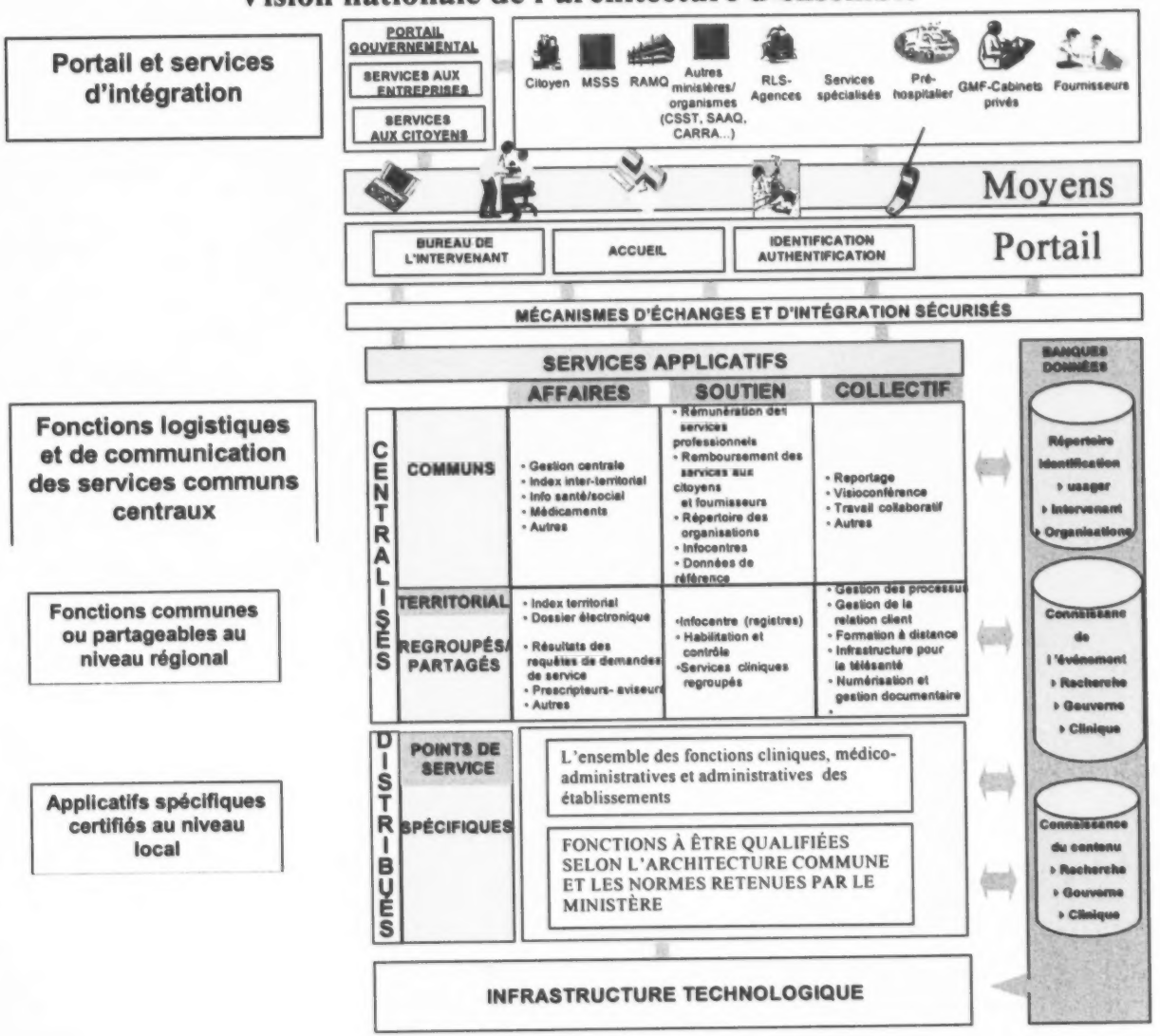
Territoires de regroupements	Habitudes de la population				Dépendance hôpital local ou de 1ÈRE instance	
	Épisodes de soins surspécialisés				Épisodes de soins généraux	
	CHSGS 1	%	CHSGS 2	%	CHSGS	%
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	CUSM	52,1%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	19,9%	GÉNÉRAL DU LAKESHORE	60,3%
02 - LaSalle / Lachine	CUSM	49,2%	CHUM	22,8%	LACHINE	52,9%
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	CUSM	44,0%	CHUM	26,0%	VERDUN	66,1%
4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	42,2%	CUSM	41,3%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	18,1%
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	CUSM	40,4%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	30,7%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	24,6%
4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	CUSM	55,3%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	21,6%	CUSM	13,3%
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension	CUSM	55,3%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	21,6%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	34,4%
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	CUSM	24,1%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	23,0%	SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	23,3%
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	CHUM	17,0%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	16,0%	FLEURY	51,3%
08 - La Petite-Patrie / Villeray	CHUM	33,4%	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	20,0%	JEAN-TALON	33,6%
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	CHUM	56,0%	CUSM	17,0%	CHUM	18,8%
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	33,0%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	19,3%	SANTA CABRINI	23,5%
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	28,2%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	28,1%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	25,0%
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	33,3%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	27,7%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	27,1%

Territoires de regroupements	Ressources des regroupements proposés									
	Ressources humaines									Effectifs médicaux
	Autres	Cadres	Éducation	Employés de bureau	Infirmières	Paratechnique et soins infirmiers	Profes-sionnels	Service auxiliaire	Techniciens	
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	9	75	4	220	598	303	180	147	177	à venir
02 - LaSalle / Lachine	54	85	2	230	784	692	161	183	170	
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	85	164	4	421	872	1091	248	584	333	
4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	31	109	16	159	675	720	269	392	127	
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	60	180	14	464	1268	983	477	551	357	
4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	24	87	16	118	475	520	193	265	92	
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension	67	202	14	505	1468	1183	553	678	392	
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	27	95	8	149	556	755	171	305	75	
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	39	117	8	240	568	683	203	252	197	
08 - La Petite-Patrie / Villeray	26	60	4	210	476	200	166	138	156	
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	46	134	28	248	753	1034	260	496	162	
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	34	106	9	311	684	676	166	294	213	
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	21	133	23	155	654	1003	234	341	99	
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	28	44	3	99	300	389	137	129	84	

Territoires de regroupements	Ressources des regroupements proposés												
	Hébergement											Courte durée	Réadaptation
	Lits d'hébergement				Mandat régional				Hébergement instance	Ressources non-institutionnelles			
	hébergement temporaire	< 1,5 h	1,5 à 2,5 h	2,5 h +	1,5 à 2,5 h	2,5 h +	Clientèle particulière	Unité spécifique	Total des lits	Places RTF	Places RI	Lits	Lits
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	0	0	285	192	0	0			477	0	0	227	0
02 - LaSalle / Lachine	21	0	506	403	0	0			930	0	0	194	0
03 - Verdun / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	0	0	923	358	90	56	déficience intellectuelle	Type 1, Type 2	1 135	0	0	199	27
4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	20	59	201	855	0	0			1 135	72	68	0	151
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	0	0	567	705	0	0			1 202	49	0	2 119	178
4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	18	59	309	605	0	0			991	49	0	964	151
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension	2	0	459	955	0	0			1 416	72	68	1 155	178
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	21	179	135	136	136	35	DA, DI, syrienne et libanaise		900	0	28	484	22
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	0	255	543	654	0	0			1 452	0	0	149	200
08 - Petite-Patrie / Villeray	0	0	260	28	25	0		Type 1	263	0	0	186	0
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	60	147	585	1 086	108	142	chinoise	Type 1, Type 2	1 628	0	74	1 197	185
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	3	0	292	256	103	0	italienne	Type 1, Type 2	448	0	0	280	0
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	0	161	759	698	193	111	DV, multi-handicaps, polonaise et slave		1 314	74	0	149	33
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	16	97	560	575	33	2		Type 1	1 213	0	18	0	0

Territoires de regroupements	Ressources des regroupements proposés					
	Plateaux techniques de l'instance					
	Électro-physiologie	Laboratoires regroupés	Radiologie générale	Tomoden-sitométrie	Ultrasono-graphie	Résonance Magnétique
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	1	1	1	1	1	0
02 - LaSalle / Lachine	1	1	1	1	1	0
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	1	1	1	1	1	1
4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	1	0	1	0	0	0
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	1	1	1	1	1	1
4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	0	0	1	0	0	0
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension	1	1	1	1	1	1
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	1	0	1	0	0	0
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	1	1	1	1	1	0
08 - La Petite-Patrie / Villeray	1	1	1	1	1	0
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	1	0	1	0	0	0
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	1	1	1	1	1	0
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	0	0	0	0	0	0
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	0	0	1	0	0	0

Territoires de regroupements	Ressources des regroupements proposés			
	Plateaux techniques accessibles sur le territoire			Centre médical associé potentiel
	Plateaux des autres CHSGS	Cliniques privées de radiologie	Ultrasonographie en clinique privée	Nombre
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis		Centre médical Pierrefonds, Centre de radiologie West Island Inc.	1;1	2
02 - LaSalle / Lachine		Radiologie Médicentre Lasalle inc., Clinique radiologique de Lachine	1; 0	2
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles		Clinique médicale de l'Ouest , Clinique radiologique de Verdun , Radiologie St-Henri	0;0;0	5
4.1 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest		Centre d'imagerie Complexe santé Reine Elizabeth	1;	3
5.1 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension		Imagerie Decelles inc., Radiologie Laennec inc., Radiologie Mediclub	1;1;1	6
4.2 - Métro / N.D.G-Montréal-Ouest	CUSM	Centre de radiologie Ville-Marie, Clinique de médecine industrielle et préventive du QC, Imagerie médicale Westmount Suare., Centre d'imagerie Complexe santé Reine Elizabeth	0;0;1;1	7
5.2 - Côte-des-Neiges / René-Cassin /Parc-Extension		Imagerie Decelles inc., Radiologie Laennec inc., Radiologie Mediclub	1;1;1	2
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	HSC	Clinique radiologique St-Laurent., Physimed, Centre de radiologie Salaberry	1;0;0	3
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord		Clinique médicale Perrier, Radiologie Fleury-Wilson, Clinique de radiologie Montréal-Nord, Radiologie Desy	0;0;0;0	4
08 - La Petite-Patrie / Villeray		Clinique Colombus, Clinique radiologique S.P.R. inc., Radiologie Jean-Talon / Bélanger	0;1;1	5
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	CHUM	Radiologie Varad, Léger et associés, radiologistes, Clinique médicale Luso Ltée	1; 1;0	3
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel		Centre de radiologie Viau	1;	1
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	HMR	Les services radiologiques Maisonneuve; Radiologie Domus Medica; Radiologie Momed; Services radiologiques Ville-Marie	1;1;0;0	4
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	HMR	Centre de radiologie Ampère; Clinique de radiologie Rivière-des-Prairies, Centre de radiologie Hochelaga.	1;0;1	4

ANNEXE 3

Vision nationale de l'architecture d'ensemble